uECN EN

DOSSIERS PROGRESSIFS

Les dossiers de spécialité version iECN

VG Editions

Médecine interne

QCM ET QROC

Marc SCHERLINGER



- Tous les « **Dossiers progressifs** » couvrant l'**ensemble de la spécialité**
- Conformes aux **nouvelles modalités d'examen** et au **nouveau programme** organisé en Unités d'Enseignement
- Coaching personnalisé : **classement, zéros, mots-clés** et **réflexes**
- **Grilles de cotation** et commentaires avec **méthodologie et astuces des meilleurs de l'ECN**
- **Items abordés**
- Le + en tableaux : les **fiches de synthèse** et **fiches consensus incontournables**

iECN EN
DOSSIERS PROGRESSIFS

Les dossiers de spécialité version iECN

Médecine interne

Marc SCHERLINGER

Editions Vernazobres-Grego
99 bd de l'Hôpital
75013 PARIS - Tél. : 01 44 24 13 61
www.vg-editions.com

FEV 2015 - ISBN : 978-2-8183-1331-2

La médecine interne est au carrefour entre les spécialités médicales. Elle nécéssite des connaissances solides dans l'ensemble des autres spécialités et la capacité de faire des liens entre elles. Elle est transversale par définition.

Ces dossiers, assez difficiles, cherchent à développer les capacités de réflexion et le bon sens de l'étudiant. En effet ce sont ces qualités qui sont mises à l'honneur dans les nouvelles ECN pour discriminer les étudiants. Ainsi, il ne faut pas être destabilisé devant un tableau clinique atypique ou inconnu, mais essayer de les intégrer dans les connaissances que vous avez déjà.
Bonne chance pour les iECN !

Merci à mes maîtres de m'avoir transmis leur passion de la médecine, tout particulièrement J.S.
Merci à Lucas, Luc, Pierre, Clémence, Natacha, Marie et les autres pour les pauses pendant cette année difficile.
Merci à PO et Mathieu, les meilleurs depuis la P1.
Merci à Jo, le seul chirurgien en qui je fais confiance !
Merci aux Lorrains parce qu'on les aime bien quand même.
Merci à Bastien, Hélène et Olivier pour les apéros.
Merci à Elsa et Alexis, mes deux brillants sous-colleurs sans qui je n'aurais pas eu le même classement !
Merci à mes amis et à tout ceux qui m'ont soutenu ..!

Sommaire général (Aperçu des dossiers)

Repère

Cahier de bord (Items & UE)

DOSSIER	DIFFICULTE	ITEM PRINCIPAL ABORDE			POUR MIEUX ASSIMILER		PAGE
		UE	N°	Intitulé	Fiche synthèse	Fiche consensus	
1	1 / 3	8	190	Lupus erythémateux systémique	X	X	5
2	2 / 3	8	192	Polyarthrite rhumatoïde	X	X	11
3	3 / 3	6	151	Infection broncho-pulmonaires	X	X	17
4	2 / 3	4	95	Polyradiculonévrite aiguë inflammatoire	X		23
5	2 / 3	6	155	Tuberculose	X		29
6	1 / 3	7	197	Artérite à cellules géantes	X	X	35
7	3 / 3	7	189	Principales vasculariites	X	X	41
8	2 / 3	7	210	Sarcoïdose	X		49
9	1 / 3	8	245	Diabète chez l'enfant et l'adulte	X		55
10	1 / 3	6	149	Endocardite infectieuse	X	X	61
11	2 / 3	8	282	Diarrhée chronique enfant et adulte	X	X	69
12	2 / 3	6	146	Angine de l'enfant et l'adulte	X	X	75
13	1 / 3	7	211	Purpura	X	X	81
14	3 / 3	8	260	Néphropathie vasculaire	X	X	87
15	2 / 3	8	222	Hypertension artérielle pulmonaire	X		95
16	1 / 3	8	269	Ulcère gastro-duodénale, gastrites	X		101
17	2 / 3	6	165	VIH	X	X	107
18	1 / 3	7	194	Arthropathies microcristalines	X		115
19	3 / 3	4	114	Psoriasis	X	X	121
20	1 / 3	7	193	Spondylarthrite ankylosante	X		127
21	2 / 3	11	356	Pneumothorax	X		133
22	3 / 3	11	335	Accident vasculaire cérébral	X	X	141
23	3 / 3	9	317	Myélome multiple des os	X		147
24	2 / 3	7	197	Transplantation d'organe	X		153
25	1 / 3	4	102	Sclérose en plaque	X	X	159
26	3 / 3	8	256	Protéinurie et Sd néphrotique	X		167
27	1 / 3	6	169	Zoonoses et pathologie d'inoculation	X		173
28	2 / 3	4	93	Radiculalgie et Sd canalaire	X	X	179
29	3 / 3	8	265	Troubles hydro-electrolytiques	X		187
30	1 / 3	5	124	Ostéopathies fragilisantes	X	X	193
31	2 / 3	8	233	Péricardite aigue	X		199
32	1 / 3	8	269	Ulcère gastro-duodénale, gastrite	X	X	207
33	3 / 3	6	153	Infection ostéo-articulaire	X		213
34	3 / 3	11	332	Principales intoxications aigues	X		219
35	1 / 3	7	189	Principales vascularites			227
36	3 / 3		tous	Tout items			231

Consensus

UE dossier clinique progressif N° 1

Un coup de soleil douloureux

1 Enoncé

Julie T., jeune étudiante en médecine de 21 ans se présente à votre consultation de médecine de ville pour le renouvellement de l'ordonnance de sa pilule oestro-progestative. Elle n'a aucun antécédent personnel excepté une maladie de Basedow chez sa mère et un tabagisme estimé à 3 paquets-années. Elle vous raconte ses vacances à Miami, qui se sont très bien passées, mis à part de légères douleurs persistantes des deux poignets et des mains apparues peu avant son retour, 10 jours plus tôt. Elle se plaint également d'un coup de soleil sur le visage et le décolleté, malgré l'utilisation d'écran total, persistant depuis sont retour. Vous notez également un discrèt oedème péri-malléolaire. Vous réalisez une bandelette urinaire qui retrouve Leuco-, Nitrites-, Protéines+++, sang+, glucose-.
Elle est apyrétique, le reste de l'examen physique est normal.

QCM 1	**Quels sont vos premières prescriptions au terme de votre consultation ? (Jusqu'à 9 réponses)**

A - Renouvellement de sa pilule
B - Une prescription d'AINS à visée antalgique
C - Un bilan biologique standard (ionogramme, créatinine, transaminases)
D - Un bilan biologique immunitaire
E - Un sédiment urinaire (ECQU)
F - Une protéinurie des 24h
G - Un bilan inflammatoire (VS-CRP)
H - Radiographie des mains et poignets
I - Une biopsie cutanée

QCM 2	**Vous décidez de réaliser un bilan immunitaire biologique, quelles explorations prescrivez vous dans un premier temps? (Jusqu'à 4 réponses)**

A - Recherche d'anticorps anti-nucléaires
B - Recherche d'anticorps anti-ADN natif
C - Recherche de facteurs rhumatoïdes
D - Recherche d'anticorps anti-Scl70
E - Recherche d'anticorps anti-CCP
F - Dosage du complément

QCM 3	**Quelles sont les principales méthodes de dépistage de la présence d'anticorps anti-ADN natifs ? (Jusqu'à 3 réponses)**

A - Test ELISA
B - Immunofluorescence indirecte sur cellules HepG2
C - Test au Latex
D - Immunofluorescence sur cellules de Chritidia luciliae
E - Néphélométrie
F - Test de Farr

QROC 4	**La recherche d'ANA revient positive au titre de 1/1024 avec une positivité des anticorps anti-ADN natifs et anti-Sm. Le bilan biologique retrouve une insuffisance rénale (clairance <30ml/min) jusqu'alors non connue, de profil organique. Quel est le diagnostic étiologique le plus probable de l'atteinte rénale ? (2 mots)**

QROC 5	**Quel est l'examen fondamental ayant un interet diagnostic, thérapeutique et pronostique dans la néphropathie lupique ? (3 mots)**

QCM 6	Quelles sont les contre-indications de la ponction biopsie rénale ? (Jusqu'à 6 réponses)
A -	Traitement par acetylsalicylate de lysine 75mg/jour
B -	Refus de la patiente
C -	Rein unique fonctionnel
D -	Cancer rénal métastatique
E -	Infection urinaire
F -	Insuffisance rénale aigue

QCM 7	Quels sont les facteurs déclenchants principaux des poussés lupiques ? (4 réponses)
A -	Rayons UV
B -	Rayons X
C -	Infection
D -	Facteurs hormonaux
E -	Alitement
F -	Stress physique ou psychique
G -	Prise d'alcool
H -	Aliments riches en histamine (chocolat, tomates)

QCM 8	Quels seront les principaux éléments du traitement à court et long terme ? (Jusqu'à 5 réponses)
A -	Photoprotection
B -	Corticothérapie fortes doses IV
C -	Anti-paludéens de synthèse (hydroxychoroquine)
D -	Anticorps anti-TNF alpha
E -	Anticorps anti CD20 (Rituximab)
F -	Arrêt du tabac
G -	Traitement anticoagulant à doses curatives

QCM 9	A J2 de l'hospitalisation, la patiente présente une douleur aigue du mollet droit, vous suspectez une thrombose veineuse profonde poplité. Quels en sont les 2 mécanismes étiologiques les plus probables ? (2 réponses)
A -	Coagulation intra-vasculaire disséminée
B -	Syndrome des anti-phospholipides secondaire
C -	Déficit en anti-thrombine III secondaire
D -	Thrombopénie immuno-allergique à l'héparine de type 2

QCM 10	Comment pourriez vous poser le diagnostic de SAPL secondaire ? (Jusqu'à 5 réponses)
A -	Mesure de TCA avec et sans addition de sérum témoin
B -	Recherche d'anticorps anti-béta2 glycoprotéine I
C -	Recherche d'anticorps anti-cardiolipines
D -	Recherche d'anticorps anti-histones
E -	Sérologie syphilitique (VDRL-TPHA) dissociée
F -	La positivité d'un résultat doit être confirmé à 12 semaines

2 Corrigé



LE + : PREMIERE LECTURE, CONSEILS ET ASTUCES

- **Appréciation globale et difficulté du dossier clinique progressif :**
  - Dossier classique de lupus
  - Difficulté : 1/3
  - A classer en 1ère position parmi les 3 dossiers de l'épreuve
- **Zéros et mots clés à inscrire sur le brouillon :**
  - Arrêt du tabac
  - Contre indication oestro-progestatifs
  - Pathologie rénale = CONTRE INDICATION AINS
- **Astuces, réflexes et pièges QCM / QROC :**
  - Analyser par étape les éléments
  - Répondre par élimination



GRILLE DE CORRECTION & COMMENTAIRES

		V F	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QCM 1	A -	F	3	• Contre-indication des oestrogènes dans le Lupus !!! • Forte suspicion de néphropathie lupique CI AINS !!! • On vous donne une BU avec 3+ de prot : il faut caracteriser l'atteinte rénale - Sédiment = sang / cylindre hématique / leucocytes - Protéinurie des 24h INDISPENSABLE • Syndrome néphrotique ? • RX = bilan de base lupus : NON EROSIF sinon evoquer Polyarthite rhumatoide • Peu d'interêt de la biopsie cutanée devant ce tableau typique
	B -	F	3	
	C -	V	3	
	D -	V	4	
	E -	V	3	
	F -	V	4	
	G -	V	3	
	H -	V	4	
	I -	F	3	
QCM 2	A -	V	8	• Bilan immunologique du Lupus : ANA / Anti AND natif / anti-ENA / anti-Sm • Complément : recherche consommation des facteurs (C4+++) - Traduit activité maladie (poussée) - OU déficit congénital en C4 prédisposant au LES • Facteurs rhumatoïdes = peu sensible et peu spécifique de la PR : pas ici • Anti-Scl 70 : Pas du tout le tableau d'une sclérodermie systémique • Anti-CCP : Anticorps spécifique de la polyarthrite rhumatoide, l'atteinte cutanée et rénale PRECOCE élimine une PR
	B -	V	8	
	C -	F	2	
	D -	F	2	
	E -	F	2	
	F -	V	8	
QCM 3	A -	V	5	• Question de cours un peu pointue : - HepG2 = cellules avec GROS NOYAUX : dépiste anticorps anti-NUCLEAIRES - Latex = Facteur rhumatoide - ELISA : technique utilisée POUR TOUT LES ANTICORPS
	B -	F	5	
	C -	F	5	
	D -	V	5	
	E -	F	5	
	F -	V	5	

QCM 6	A -	V	5	• PBR = RISQUE HEMORRAGIQUE +++ - ASPIRINE doit être arrêté 7 à 10 jours avant !!! • Risque de complication non négligeable : CONSENTEMENT ECLAIRE++ • Rein unique fonctionnel = CI car risque hématome péri-rénal et néphrectomie d'hemostase • Cancer rénal métastatique = une des rare indication PBR dans cancer du rein - Confirme le diagnostic avant chimiothérapie - Si NON METASTATIQUE = CI+++ • ECBU stérile fait partie du bilan pré-thérapeutique • IRA ne contre-indique pas !!! - Devant une glomérulonéphrite rapidement progressive (GNRP) la PBR est une URGENCE pour pouvoir établir le diagnostic étiologique et débuter le traitement
	B -	V	5	
	C -	V	5	
	D -	F	5	
	E -	V	5	
	F -	F	5	
QCM 7	A -	V	5	• LUPUS = PHOTOPROTECTION +++ • Pas de contre indication RX (MAIS ATTENTION FEMME EN AGE PROCREER) - Béta HCG !! • Une infection virale ou bactérienne peut déclencher une poussée • Les oestrogènes sont impliqués dans la maladie : - Grossesses = période à risque +++ - CI OESTROPROGESTATIF - CI ttt hormonal substitutif • Stress intense peut déclencher poussée (socioprofessionnel, surmenage) • Alcool + histamine non associé poussée
	B -	F	3	
	C -	V	5	
	D -	V	5	
	E -	F	3	
	F -	V	5	
	G -	F	2	
	H -	F	2	
QCM 8	A -	V	5	• LUPUS = PHOTOPROTECTION • CORTICOTHERAPIE en BOLUS IV = URGENCE car atteinte RENALE • Anti-TNF alpha responsables de lupus médicamenteux !! • Rituximab pas en première intention • TABAC TOUJOURS A ARRETER !! - TABAC diminue effet du traitement, augmente risque poussée +++ • Pas d'indication au ttt anti-coagulant à dose curative ici sauf si : - Confirmation du syndrome néphrotique avec Albumine < 20g/L - SAPL confirmé
	B -	V	5	
	C -	V	5	
	D -	F	3	
	E -	F	4	
	F -	V	5	
	G -	F	3	
QCM 9	A -	F	2	• Pas d'argument en faveur d'une CIVD (pas d'infection systémique/hémorragie aigue) • LUPUS = SAPL à toujours rechercher !!!! • Suspicion de SYNDROME NEPHROTIQUE - Perte de protéines dans les urines • Perte d'Antithrombite III = ANTICOAGULANTE • Etat d'hypercoagubilité sanguine • TIAH 2 : - PAS d'indication au ttt par Héparines - Délai incompatible (>5 jours) et pas ATCD prise héparine
	B -	V	13	
	C -	V	13	
	D -	F	2	
QCM 10	A -	V	5	• TCA allongé non corrigé par serum témoin = ANTI-COAGULANT CIRCULANT • Anticorps anti-phospholipides = anti cardiolipine + anti Beta2 GPI • Anticorps anti-histones = marqueur lupus médicamenteux • VDRL+/TPHA- = sérologie dissociée = critère diagnostic SAPL
	B -	V	5	
	C -	V	5	
	D -	F	5	
	E -	V	5	
	F -	V	5	
			240	**Total QCM**

	Réponses	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QROC 4	• Néphropathie • Lupique	15 15	• Néphropathie lupique = fait le pronostic vital du lupus • Doit TOUJOURS ETRE RECHERCHEE (BU/protéinurie 24h) • URGENCE DIAGNOTIQUE ET THERAPEUTIQUE
QROC 5	• Ponction • Biopsie • Rénale	5 15 10	• Mot clé INDISPENSABLE en NEPHRO • La PBR - Pose le DIAGNOSTIC - Informe sur le PRONOSTIC (cf classification néphropathie lupique) - Guide la THERAPEUTIQUE
		60	**Total QROC**



UE & ITEMS ABORDES

TYPE	ITEMS		INTITULES
	UE	NUMERO	
Question principale	7	190	Lupus erythémateux systémique
Questions accessoires	7	188	Pathologies auto-immunes : aspects épidémiologiques, diagnostics et principes de traitement
	7	212	Syndrome hémorragique d'origine hématologique



LE + : POUR MIEUX ASSIMILER

FICHE DE SYNTHESE
(POINTS CLES UE POUR MIEUX REPONDRE AUX DOSSIERS CLINIQUES PROGRESSIFS)

- Le Lupus est une maladie auto-immune de la famille des connectivite (maladie du tissus conjonctif)
- Il touche essentiellement la femme jeune
- C'est une maladie fréquente et potentiellement MORTELLE (NEPHROPATHIE+++)
- Elle peut toucher tout les organes (maladie systémique)
- Elle est caractérisée par des anomalies biologiques avec des marqueurs d'auto-immunité
  - Positivité des anticorps anti-nucleaires (titre > 1/160)
  - Présence d'anticorps anti-ADN natifs
  - Présence d'anticorps anti-Sm : très spécifiques mais peu sensibles
- Elle peut se compliquer d'un SAPL qu'il faut rechercher systématiquement
- Il faut controler les facteurs déclenchants des poussées
  - UV = PHOTOPROTECTION
  - TABAC = ARRET
  - STRESS = prévention surmenage / Soutien PSY / arrêt de travail si nécessaire
  - OESTROGENES = PILULE MICROPROGESTATIVE AUTORISEE
  - INFECTIONS = traitement précoce
- Une grossesse est POSSIBLE SI ET SEULEMENT SI :
  - Patiente en rémission >=6 mois
  - Atteinte rénale controlée
  - Elle doit toujours etre :
    - PROGRAMMEE AVEC SUIVI PLURIDISCIPLINAIRE

FICHE CONSENSUS
(CONFERENCES DE CONSENSUS et RECOMMANDATIONS)

COFER	Critère diagnostic du SAPL (de Sapporo)

- Le diagnostic de SAPL repose sur la présence obligatoire :
  - D'au moins UN critère clinique :
    - × Thrombose artérielle ou veineuse confirmée objectivement
    - × Obstétrical : >3 fausse-couches <10 SA OU 1 mort foetale > 10SA OU un antécédent de prématurité < 34 SA avec signes d'insuffisance placentaire (Pré-éclampsie)
  - D'au moins UN critère biologique :
    - × Présence d'un APL : anti-beta2GPI ou anti-cardiolipine
    - × Présence d'un anti-coagulant circulant (ou anti-coagulant lupique)
    - × Une sérologie syphilitique dissociée (VDRL+/TPHA-)
  - Le critère biologique DOIT ETRE CONFIRME à 12 semaines +++
- Le diagnostic de SAPL justifie une ANTICOAGULATION CURATIVE A VIE (par AVK++)
- Une grossesse chez une patiente avec un SAPL est possible mais nécessite un traitement :
  - Aspirine dose anti-agrégeante dès début grossesse jusqu'a 34SA
  - HBPM dès début grossesse jusqu'à l'accouchement
  - JAMAIS d'AVK PENDANT LA GROSSESSE

Notes personnelles

Consensus

UE dossier clinique progressif N° 2

La mère Sarah est rouillée

1 Enoncé

Mme Sarah W. agée de 53 ans se présente à votre consultation de rhumatologie. Son médecin traitant vous l'adresse pour douleurs articulaires refractaires aux antalgiques classiques. Elle vous raconte qu'elle a deux enfants en bonne santé, qu'elle est ménopausée depuis 2 ans et qu'elle n'a aucun antécédent, contraitement à sa soeur ainée qui s'est récemment cassé le col du fémur suite à une chute de poney. Elle se plaint depuis 2 mois de douleurs des mains et des poignets, touchant les articulations métacarpo-phalangiennes et inter-phalangiennes proximales. Ces douleurs sont accompagnées d'un gonflement rénitent de l'articulation sous jacente, de reveils nocturnes, ainsi que d'un dérouillage matinal d'une heure. Elle se dit très génée dans son travail de magasinière dans un hypermarché.

QCM 1	**Concernant le tableau de la patiente, quels éléments présents ou à rechercher vous orienteraient vers une polyarthrite rhumatoïde ? (Jusqu'à 8 réponses)**

A - La présence d'un psoriasis
B - Une fièvre
C - Un squeeze test positif
D - Une atteinte symétrique
E - Une uvéite antérieure
F - Un souffle cardiaque
G - Des nodules sous cutanés
H - Une atteinte des métatarsophalangiennes
I - Un érythème noueux
J - Un horaire inflammatoire des douleurs

QCM 2	**Quels sont les signes radiologiques cardinaux de la polyarthrite rhumatoïde à la radiographie ? (Jusqu'à 5 réponses)**

A - Un pincement diffus de l'interligne articulaire
B - Un pincement localisé de l'interligne articulaire
C - Des érosions péri-articulaire
D - Des ostéophytes
E - Une ostéoporose "en bande"
F - Des géodes juxta-articulaire
G - Un liseré calcique intra-articulaire

QCM 3	**Quel est le bilan radiologique initial d'une polyarthrite rhumatoïde ? (Jusqu'à 6 réponses)**

A - Cliché de Seze
B - Il doit être bilatéral et comparatif
C - Radiographie mains et poignets
D - IRM des articulations douloureuses
E - Radiographie du thorax
F - Radiographie des articulations douloureuse
G - Sa normalité élimine le diagnostic
H - Radiographie des pieds face et ¾

QROC 4	**Quel signe radiologique précoce recherche le cliché des pieds en ¾ dans la polyarthrite rhumatoïde ? (4 mots)**

QROC 5	Le bilan retrouve une polyarthrite active non érosive avec un DAS28 à 4, vous décidez de mettre un traitement de fond comprenant entre autre une corticothérapie à faible dose (10mg/jour) durant la première année. Quel examen non biologique sera indispensable dans le bilan pré-thérapeutique ? (1 mot)

QCM 6	Quels sont les 4 items composant le score DAS28 ? (Jusqu'à 4 réponses)
A -	Nombre d'articulations douloureuses
B -	L'echelle visuelle analogique de la douleur du patient
C -	La présence de nouvelles érosions à la radiographie
D -	Nombre d'articulations gonflées
E -	L'echelle visuelle analogique de l'opinion globale du patient sur sa maladie
F -	Nombre de reveils nocturnes par semaine
G -	Un marqueur biologique de l'inflammation (VS ou CRP)
H -	Temps de dérouillage matinal

QROC 7	Quelle est la cause de mortalité la plus fréquente des patients atteints de polyarthrite rhumatoïde ? (1 mot)

QCM 8	Quels éléments feront parti de la prise en charge initiale globale de la patiente ? (Jusqu'à 9 réponses)
A -	Traitement de fond par Méthotrexate
B -	Mise en affection de longue durée
C -	Traitement de fond par anti-TNF alpha
D -	Evaluation et traitement du risque cardiovasculaire
E -	Prescription d'acide folique
F -	Adaptation du poste de travail
G -	Kinésithérapie
H -	Vaccination grippe et pneumocoque
I -	Anti-inflammatoires non stéroïdiens hors contre-indication

QROC 9	La patiente ne répond pas au traitement instauré avec l'apparition d'un coup de vent ulnaire et d'érosions radiologiques malgré un traitement par méthotrexate bien conduit pendant 3 mois. Quelle grande classe thérapeutique pourrait-être introduite pour adapter le traitement ? (1 mot)

QCM 10	Vous décidez de mettre en place une Biothérapie. Vous optez pour un traitement par anti-TNF alpha. Quel bilan pré-thérapeutique faut-il prévoir ? (Jusqu'à 8 réponses)
A -	Electrophorèse des protéines plasmatiques
B -	IDR à la Tuberculine ou Quantiféron©
C -	Radiographie thoracique
D -	TDM Thoraco-abdomino-pelvien
E -	Echographie abdominale
F -	Sérologie VHB, VHC et VIH (après accord du patient)
G -	Bilan biologique hépatique et rénal
H -	Anticorps anti-nucléaire +/- Anticorps anti-ADN natif
I -	Un examen clinique avec interrogatoire complet

2 Corrigé



LE + : PREMIERE LECTURE, CONSEILS ET ASTUCES

- **Appréciation globale et difficulté du dossier clinique progressif :**
  - Dossier de PR à bien maitriser
  - Difficulté : 2/3
  - A classer en 2ème position parmi les 3 dossiers de l'épreuve
- **Zéros et mots clés à inscrire sur le brouillon :**
  - Douleur = ANTALGIQUES (ici AINS)
  - ATCD fracture col fémur premier degré = risque d'OSTEOPOROSE
- **Astuces, réflexes et pièges QCM / QROC :**
  - Si doute mot clé QROC = nom de l'item++
  - Penser à l'endocardite



GRILLE DE CORRECTION & COMMENTAIRES

		V F	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QCM 1	A -	F	2	• Le psoriasis oriente vers un rhumatisme psoriasique (ressemblant à la spondylarthrite ankylosante) • La fièvre est possible dans 10/15% des cas mais fait evoquer un diagnostic differentiel en priorité : ENDOCARDITE infectieuse ? • La PR est classiquement une polyarthrite BILATERALE SYMETRIQUE ET NUE • Une uvéite fait evoquer sarcoïdose ou maladie inflammatoire chronique de l'intestin associée à un rhumatisme type spondylarthropathie • Un souffle cardiaque doit faire rechercher une endocardite • La PR ne cause pas d'erythème noueux classiquement (voir fiche synthèse) • La présence d'un squeeze test (douleur à la poignée de main), des nodules sous-cutanés (=rhumatoïdes) doivent faire rechercher une PR • Les douleurs sont d'horaires inflammatoire comme dans toutes les connectivites
	B -	F	2	
	C -	V	4	
	D -	V	4	
	E -	F	3	
	F -	F	3	
	G -	V	4	
	H -	V	4	
	I -	V	4	
QCM 2	A -	V	6	• Question de cours !!! • Pour se souvenir : - Arthrose = hyperpression locale d'une articulation = pincement localisé - Arthrite = inflammation de toute l'articulation = pincement diffus • Les érosions sont un signe de gravité de la PR • Ostéophytes se retrouvent dans l'arthrose, ne pas confondre • Le liseré calcique intra-articulaire dans la chondrocalcinose • L'ostéoporose "en bande" correspond à des bandes hyperclaires métaphysaires au niveau des MCP, c'est un signe précoce mais subjectif
	B -	F	3	
	C -	V	6	
	D -	F	3	
	E -	V	6	
	F -	V	6	
QCM 3	A -	F	2	• Cliché de Seze = cliché dorso-lombo-pelvien avec vision des articulation coxo-femorales : utile pour les spondylarthropathie ++ • Toujours BILATERAL ET COMPARATIF • Mains + poignets ET PIEDS= localisation la plus fréquente de la PR • L'IRM est possible mais n'est pas réalisée en première intention, si doute diagnostic on peut réaliser une echo-doppler articulaire, plus accessible • Radiographie du thorax systématique pour rechercher diagnostic différentiel + pré-thérapeutique • Chercher les lésions sur toute articulation douloureuse. • La normalité n'élimine PAS le diagnostic !!
	B -	V	5	
	C -	V	5	
	D -	F	1	
	E -	V	5	
	F -	V	5	
	G -	F	2	
	H -	V	5	

QCM 6	A -	V	6	• Question de cours !! • Ne pas confondre : - EVA du ressentie global de la maladie et non de la douleur
	B -	F	2	
	C -	F	2	
	D -	V	6	
	E -	V	6	
	F -	F	2	
	G -	V	6	
QCM 8	A -	V	3	• PR active ici : Méthotrexate + acide folique en 1ère intention - Acide folique = antidote du méthotrexate = prevention toxicité hémato • Mesures classiques : ALD / Adaptation du poste / soutien psychologique … • Risque RCV à prendre en charge ++ • La kinésithérapie occupe une place importante dans la PR ! • Methotrexate = immunosuppresseur -> VACCINATIONS obligatoires ! • Douleurs de la PR = inflammatoires : efficacité des AINS - S'assurer de l'absence de contre-indication !
	B -	V	3	
	C -	F	3	
	D -	V	3	
	E -	V	4	
	F -	V	4	
	G -	V	4	
	H -	V	3	
	I -	V	3	
QCM 10	A -	V	4	• On cherche des CI absolue : infection chronique ou latente / cancer • Par l'interrogatoire et l'examen clinique complet • EPP à réaliser systématiquement cherche : - Hypergammaglobuline monoclonale (MGUS / myélome ?) - Hypogammaglobulinémie (déficit immunitaire : danger des anti-TNF alpha) • Il faut éliminer une tuberculose latente : risque réactivation !! - Minimum = RX thorax + IDR • Sérologies car risque aggravation infection latente • Pas de TDM AP ou d'échographie sans orientation clinique de cancer • Insuffisance rénale et hépatique sont une contre indication • Anti-TNF alpha peuvent provoquer de véritables LUPUS INDUITS - S'assurer de l'absence d'ANA avant mise en route du traitement - Pour reperer une éventuelle positivation
	B -	V	4	
	C -	V	4	
	D -	F	1	
	E -	F	1	
	F -	V	4	
	G -	V	4	
	H -	V	4	
	I -	V	4	
			180	Total QCM

	Réponses	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QROC 4	• Erosion • Tête • Cinquième • Métatarsien	10 5 10 5	• Souvent c'est le signe RX le plus précoce
QROC 5	• Ostéodensitométrie	30	• Ici DEUX indications à faire une ostéodensitométrie - Corticothérapie > 7,5mg/j, > 3 mois - ATCD fracture col fémur au 1er degré chez femme ménopausée • Voir la Fiche CONSENSUS
QROC 7	• Cardiovasculaire	30	• Les patients atteints de polyarthrite présentent un RCV plus élevé que la population générale • Il est indispensable d'évaluer et prendre en charge le RCV
QROC 9	• Biothérapie	30	• Les biothérapies correspondent aux médicaments "biologiques" • On distingue : - les anticorps monoclonaux (suffix –mab) ++ - La thérapie cellulaire et génique • C'est maintenant un item à part entière aux ECN
		120	Total QROC



UE & ITEMS ABORDES

TYPE	ITEMS		INTITULES
	UE	NUMERO	
Question principale	7	192	Polyarthrite rhumatoïde
Questions accessoires	7	198	Biothérapies et thérapies ciblées
	5	124	Ostéopathies fragilisantes



LE + : POUR MIEUX ASSIMILER

FICHE DE SYNTHESE (POINTS CLES UE POUR MIEUX REPONDRE AUX DOSSIERS CLINIQUES PROGRESSIFS)

- Polyarthrite rhumatoïde = rhumatisme inflammatoire le plus fréquent (0,5% de la population)
- Il touche essentiellement la femme, agée entre 40 et 50 ans
- Doivent faire évoquer une PR :
  - Plus de 3 articulations gonflées ou douloureuses
  - Squeeze test positif
  - Dérouillage matinale > 30 minutes
  - Atteinte des mains IPP et MCP; EPARGNE les IPD (≠ spondylarthropathies)
  - Atteinte :
    - BILATERALE
    - SYMETRIQUE
    - DISTALE
    - NUE (pas d'autre symptome)
- Le bilan complémentaire comprend :
  - Biologie :
    - Bilan inflammatoire + NFS
    - Bilan auto-immun : Facteur rhumatoïde, anticorps anti-CCP et AAN
  - Radiologique++ : BILATERAL ET COMPARATIF
    - RX mains + poignets face
    - RX thorax
    - RX pieds face + ¾
    - Au moindre doute : rachis cervical + cliché bouche ouverte

FICHE CONSENSUS (CONFERENCES DE CONSENSUS et RECOMMANDATIONS)

HAS 2006	Indication de la réalisation d'une ostéodensitométrie

- Dans la population générale :
  - En cas de signe d'ostéoporose :
    - découverte ou confirmation radiologique d'une fracture vertébrale sans contexte traumatique ni tumoral évident
    - antécédent personnel de fracture périphérique survenue sans traumatisme majeur
  - En cas de pathologie ou traitement potentiellement inducteur d'ostéoporose :
    - corticothérapie systémique prescrite pour une durée d'au moins trois mois consécutifs, à une dose > 7,5 mg/jour d'équivalent prednisone
    - antécédent documenté de : hyperthyroïdie évolutive non traitée, hypercorticisme, hyperparathyroïdie primitive, ostéogenèse imparfaite ou hypogonadisme prolongé
- Chez la femme ménopausée :
  - Antécédent de fracture du col fémoral sans traumatisme majeur chez un parent au 1er degré.
  - Indice de masse corporelle < 19 kg/m2.
  - Ménopause avant 40 ans quelle qu'en soit la cause.
  - Antécédent de prise de corticoïdes d'une durée d'au moins trois mois consécutifs, à une dose ≥ 7,5 mg/jour équivalent prednisone

Notes personnelles

Consensus

UE dossier clinique progressif N° 3

Les antibiotiques, c'est automatique

1 Enoncé

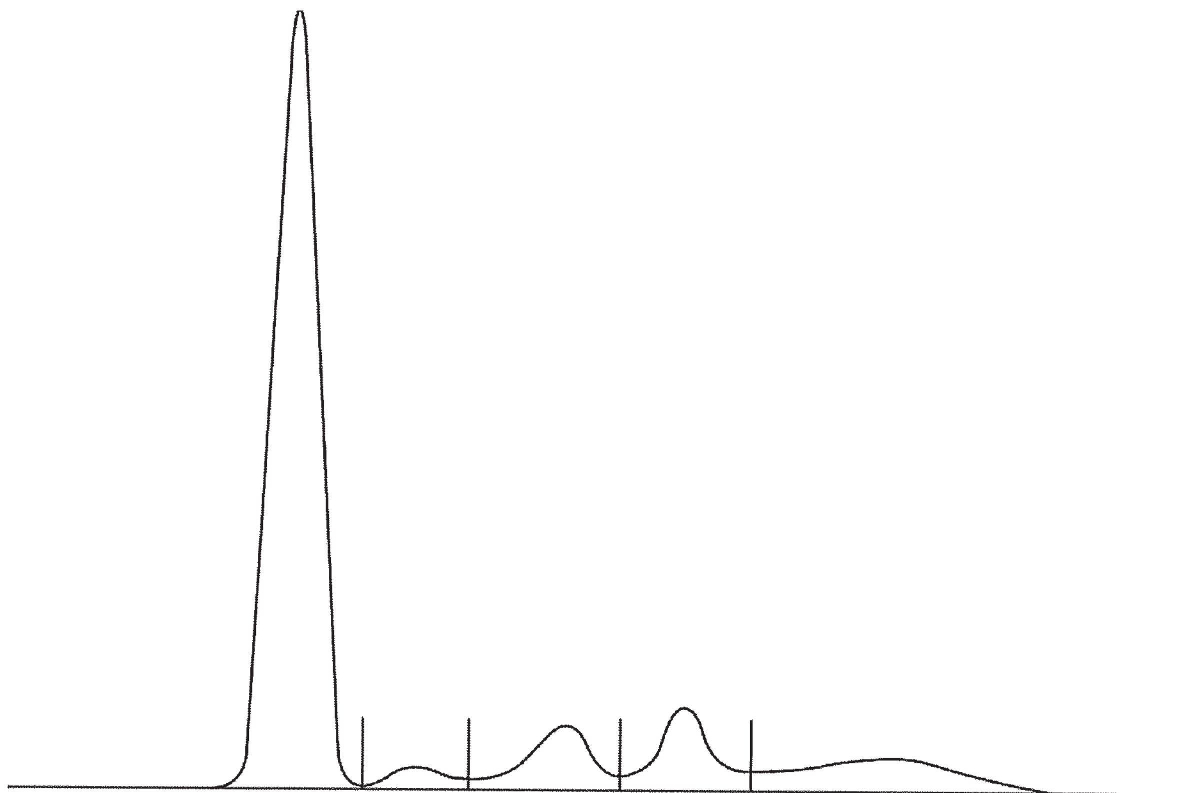
Alors que vous êtes jeune interne ayant brillament réussi le concours de l'internat, vous recevez dans votre service de médecine interne M. Guilhem D. agé de 26 ans, adressé par le service des urgences pour une suspicion de pneumopathie infectieuse.
L'interrogatoire retrouve plusieurs antécédents de pneumopathies traitées par antibiotiques ces 2 dernières années dont la dernière remonte à 4 mois, ainsi qu'une amygdalectomie avec pose d'aérateurs trans-tympaniques durant l'enfance pour otites à répétition. Il fume 1 paquet / jour depuis 8 ans et n'a pas d'allergie connue.
Cliniquement, l'état général est conservé, avec une température auriculaire à 39,2 et une toux productive. Vous notez un foyer de crépitant en base droite avec un souffle tubaire. Il n'y a pas de purpura ni de syndrome méningé. La saturation est de 94% sous 2L d'O2 à la lunette, la fréquence cardiaque à 95bpm, la tension à 130/85 et la fréquence respiratoire à 21/minute. Le reste de l'examen est sans particularité.

QCM 1	**Quel est le bilan de première intention devant une suspicion de pneumopathie infectieuse aux urgences ? (Jusqu'à 10 réponses)**
A -	Hémocultures
B -	TDM thorax
C -	CRP
D -	NFS
E -	Gaz du sang en air ambiant
F -	D-dimères
G -	Antigènurie legionella et pneumocoque
H -	Examen cyto-bactériologique des crachats
I -	Sérologie pneumocoque
J -	Radiographie thoracique face et profil

QROC 2	**La radiographie retrouve une pneumopathie franche lobaire aigue droite. Il n'existe pas de signe de gravité nécessitant un transfert en réanimation. Quelle antibiothérapie prescrivez-vous en probabiliste (molécule + voie d'administration)?(2 mots)**

QCM 3	**Quelle(s) pathologie(s) sous jacentes pourraient expliquer le tableau de pneumopathies récidivantes ? (Jusqu'à 6 réponses)**
A -	VIH
B -	Drépanocytose
C -	Déficit immunitaire
D -	Mucoviscidose
E -	Asplénie
F -	Corps etranger bronchique

QCM 4	**Vous décidez de rechercher un déficit immunitaire, quel bilan prescrivez vous en première intention ? (Jusqu'à 6 réponses)**
A -	Dosage pondéral des Immunoglobulines
B -	Immunophénotypage des lymphocytes circulants
C -	Sérologie VIH avec accord du patient
D -	Sérologies tétanos/polyomyélite
E -	Myelogramme
F -	Anticorps anti-nucléaires
G -	Hemogramme avec frottis
H -	Recherche d'une brèche ostéo-méningée



QROC 5	La sérologie VIH vous revient négative. Des anomalies du bilan de débrouillage vous font réaliser l'examen ci-dessus. Quel est cet examen (3 mots) et quelle anomalie identifiez vous ? (1 mot)

QROC 6	Quel est le diagnostic étiologique le plus probable de cette anomalie biologique ? (1 à 4 mots)

QCM 7 — **Le diagnostic de déficit immunitaire commun variable est retenu. Quels seront les principes de prise en charge du patient à distance de l'épisode infectieux ? (Jusqu'à 6 réponses)**

A - Supplémentation par immunoglobulines intraveineuses au long cours
B - Prise en charge à 100%
C - Vaccination grippe et pneumocoque
D - Vaccination par BCG si non fait
E - Education du patient
F - Port d'une carte d'immunodéprimé

QCM 8 — **72 heures après le début du traitement antibiotique par amoxiciline 1gramme 3x/jour (intraveineux car le patient présentait une toux émétisante), le patient est toujours fébrile. Quelles sont vos hypothèses pour expliquer cette fièvre persistante ? (Jusqu'à 5 réponses)**

A - Pneumocoque de sensibilité diminué aux pénicilines
B - Legionellose
C - Allergie à l'antibiotique
D - Lymphangite du point de ponction veineux
E - Maladie veineuse thrombo-embolique

QCM 9 — **Quels signes de gravité vous feraient discuter d'une prise en charge en réanimation ? (Jusqu'à 5 réponses)**

A - Doute diagnostic sur le germe impliqué
B - Troubles de la conscience
C - Pression artérielle systolique < 90mmHg résistante au remplissage
D - Oligo-anurie
E - Désaturation malgré oxygénothérapie
F - Fièvre à 40°C
G - Présence d'un épanchement para-pneumonique

QCM 10	Ces signes sont absents, quelles possibilités thérapeutiques s'offrent à vous sachant qu'il n'y a pas de signe de thrombose veineuse profonde ? (Jusqu'à 4 réponses)

A - Poursuite de l'amoxiciline et réevaluation à 48-72h
B - Substitution amoxiciline par pristinamycine
C - Association amoxiciline au métronidazole
D - Substitution amoxiciline par ciprofloxacine
E - Association amoxiciline à un macrolide
F - Substitution amoxiciline par télithromycine
G - Substitution amoxiciline par Ceftriaxone
H - Association amoxiciline à un aminoside
I - Association amoxiciline à l'acide clavulanique

2 Corrigé



LE + : PREMIERE LECTURE, CONSEILS ET ASTUCES

- **Appréciation globale et difficulté du dossier clinique progressif :**
  - Dossier de déficit immunitaire = nouvel item de l'internat !!
  - Difficulté : 3/3
  - A classer en 3ème position parmi les 3 dossiers de l'épreuve
- **Zéros et mots clés à inscrire sur le brouillon :**
  - Pneumopathie = RX du thorax !
  - Pneumopathie chez un jeune = Sérologie VIH
  - Pneumopathie récidivante = chercher étiologie
- **Astuces, réflexes et pièges QCM / QROC :**
  - Même quand on ne sait pas : utiliser son bon sens !
  - Procéder par élimination



GRILLE DE CORRECTION & COMMENTAIRES

		V F	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QCM 1	A -	V	3	• Pneumopathie aigue communautaire hospitalisée = bilan systématique - Bio : NFS/CRP/créatinine +/- lactates - Gaz du sang en air ambiant - Examen cyto-bactériologique des crachats - Antigénurie pneumocoque + legionelle - Hémoculture • Pas d'interêt D-dimères dans pneumopathie : risque faux positif car infection • Pas de TDM pour le diagnostic de PAC; éventuellement pour rechercher cause
	B -	F	3	
	C -	V	3	
	D -	V	3	
	E -	V	3	
	F -	F	3	
	G -	V	3	
	H -	V	3	
	I -	F	3	
	J -	V	3	
QCM 3	A -	V	5	• Question de difficile ! • Pneumocoque = germe encapsulé • Risque augmenté si : - Asplénie organique (suite splenectomie) - Asplénie fonctionnelle (Drépanocytose !!!!) - Déficit immunitaire - VIH +++ y penser !! - Mucoviscidose • Corps étranger = favorise infection (valable partout : prothèse / pate dentaire / cathéter)
	B -	V	5	
	C -	V	5	
	D -	V	5	
	E -	V	5	
	F -	V	5	
QCM 4	A -	V	5	• Question de cours : recherche d'un déficit immunitaire = en 1ere intention - NFS + frottis - Sérologie post-vaccinale (tétanos++) - Dosage pondéral Ig • On y ajoute le VIH dans ce contexte car homme jeune • Les Deficit immunitaires font plus de maladies auto-immunes mais pas d'interet de recherche d'AAN ici • Brèche ostéo-méningée : pour la méningite seulement
	B -	F	2,5	
	C -	V	5	
	D -	V	5	
	E -	F	2,5	
	F -	F	2,5	
	G -	V	5	
	H -	F	2,5	

QCM 7	A -	V	6	• Question borderline du programme mais pas de piège • Les profs qui font les sujets ECN cherchent à discriminer les étudiants qui savent utiliser leur BON SENS - Hypogamma = SUPPLEMENTATION ! - VACCINATIONS même si hypogamma et moins efficace - CONTRE INDICATION ABSOLUE VACCIN VIVANTS DANS DEFICIT IMMUNITAIRE = ZERO A CE QCM si repondu comme vrai • Education indispensable : - CS en urgence si fièvre - Port d'une carte
	B -	V	6	
	C -	V	6	
	D -	F	**MZ**	
	E -	V	6	
	F -	V	6	
QCM 8	A -	F	6	• Petit piège : PSDP sont sensibles aux doses utilisées dans les pneumopathie !! - Seul problème avec les PSDP sont en ORL car doses Amox plus faibles • Penser à la MTEV !!!! • Allergie aux ATB = cause classique de fièvre sous antibiotique à savoir évoquer
	B -	V	6	
	C -	V	6	
	D -	V	6	
	E -	V	6	
QCM 9	A -	F	3	• Signes de gravité toujours ce plan : - Hemodynamique : signes choc ++ - Respiratoire : signes hypoxemie / signes hypercapnie - Neurologique : trouble de la conscience - Défaillance d'organe : × Nephrologique : insuffisance rénale et anurie × Hématologique : CIVD × ... • Doute diagnostic et fièvre élevée isolée pas une indication à la réa
	B -	V	5	
	C -	V	5	
	D -	V	5	
	E -	V	5	
	F -	F	3	
	G -	F	4	
QCM 10	A -	F	3	• Echec thérapeutique avec l'amoxiciline donc on élargi le spectre aux intracellulaires! • Donc macrolide ou télithromycine ou pristinamycine • Voir fiche consensus concernant l'antibiothérapie dans les PAC • A 48-72h d'antibiotique on REEVALUE TOUJOURS une PAC (hopital ou ville) - Pour adapter le traitement si echec car il est PROBABILISTE
	B -	V	4	
	C -	F	3	
	D -	F	3	
	E -	V	4	
	F -	V	4	
	G -	F	3	
	H -	F	3	
	I -	F	3	
			210	**Total QCM**

	Réponses	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QROC 2	• Amoxiciline • Per-os •	20 10	• Amoxiciline en 1ere intention homme jeune sans comorbidité • Pas d'indication IV hors trouble digestifs
QROC 5	• Electrophorèse • Protéines • Plasmatiques • Hypo-gammaglobulinémie	5 5 5 15	• Savoir reconnaitre une EPP et les différents pics • Les normes des valeurs des fractions ne sont pas à savoir
QROC 6	• Déficit • Immunitaire • Commun • Variable	30 si complet	• Diagnostiquer un DICV fait parti des objectif de l'item 185 • C'est le déficit immunitaire humoral le plus fréquent
		90	**Total QROC**



UE & ITEMS ABORDES

TYPE	ITEMS		INTITULES
	UE	NUMERO	
Question principale	6	151	Infections broncho-pulmonaires communautaires de l'enfant et de l'adulte
Questions accessoires	7	185	Déficit immunitaire



LE + : POUR MIEUX ASSIMILER

FICHE DE SYNTHESE
(POINTS CLES UE POUR MIEUX REPONDRE AUX DOSSIERS CLINIQUES PROGRESSIFS)

- La pneumopathie fait parti des items à savoir sur le bout des doigts pour l'ECN car c'est une pathologie fréquente et potentiellement mortelle
- La réevaluation à 48-72 est OBLIGATOIRE, en ville comme à l'hopital
- Connaitre les signes de gravité : utiliser le plan que j'ai donné pour TOUTES les question de ce genre

- L'item déficits immunitaires est un petit item mais qui peut très facilement être integré dans un cas il faut donc avoir quelques notions clées :
  - Le DICV est le déficit de l'immunité humoral (donc des anticorps!) le plus fréquent
  - Il faut donc savoir l'évoquer devant une hypogammaglobulinémie et des infections
- Pour les plus curieux, un déficit humoral peut être :
  - Primaire : DICV / agammaglobulinémie de Bruton / Sd hyperIgM
  - Secondaire : hémopathie / syndrome néphrotique+++ / ttt immunosupresseur (greffés!!) / entéropathies exsudatives

FICHE CONSENSUS
(CONFERENCES DE CONSENSUS et RECOMMANDATIONS)

SPILF 2006	Antibiothérapie des infections respiratoires basses

Chez le sujet jeune hospitalisé en service de médecine :
- Si orientation vers pneumocoque :
  - Amoxiciline 1g 3x/jour PO+++ ou IV
- Pas d'orientation vers pneumocoque :
  - Amoxiciline 1g 3x/jour PO+++ ou IV
- OU pristinamycine PO
- OU télithromycine PO
- Si echec à 72h d'une béta-lactamine : cibler les intracellulaires
  - ASSOCIER à un macrolide
  - OU substitution par pristinamycine PO
  - OU substitution par télithromycine PO

Chez le sujet agé ou avec comorbidité hospitalisé en service de médecine :
- Au choix :
  - Amoxiciline + acide clavulanique PO ou IV
  - OU cefotaxime IV
  - OU ceftriaxone IV
  - OU levofloxacine PO (Fluoroquinolone anti-pneucoccique)

UE dossier clinique progressif N° 4

Joseph ne sent plus ses pieds

1 Enoncé

Interne de 1er semestre en médecine interne, vous passez le matin du 25 décembre de garde aux urgences. Vous examinez Joseph S. jeune lorrain de 26 ans, amené aux urgences par ses parents pour une paralysie progressive depuis quelques jours.
Il rapporte un épisode de diarrhée spontanément régréssif il y a 15 jours. L'histoire de la maladie a commencé il y a 4 jours, par des fourmillements des mains et des pieds. Progressivement il a présenté une faiblesse des membres inférieurs puis du membre supérieur. Il est ramené aux urgences par ses parents, après être tombé par terre en essayant de sortir du lit ce matin. Il se plaint également d'une diplopie.

Cliniquement, vous le retrouvez conscient, orienté dans le temps et dans l'espace. Il est apyrétique, la tension artérielle est à 172/99, la saturation à 98% en air ambiant. Le testing musculaire retrouve : une impossibilité de lever les jambes du lit avec seule un légère contraction visible et au niveau du membre supérieur un déplacement dans le plan horizontal possible mais pas contre la gravité. Les reflexes ostéo-tendineux sont abolis et l'examen des paires craniennes objective une paralysie faciale bilatérale. Les reflexes cutanéo-plantaires sont abolis, il n'y a pas d'amyotrophie. La sensibilité proprioceptive et au toucher est diminuée aux 2 membres. La nuque est souple, l'examen cardio-vasculaire est sans particulier, de même que l'auscultation pulmonaire.

QCM 1	Comment cotez-vous le déficit neurologique du patient ? (Une réponse)
A -	Membre supérieur 3/5; Membre inférieur 2/5
B -	Membre supérieur 2/5; Membre inférieur 1/5
C -	Membre supérieur 1/5; Membre inférieur 0/5
D -	Membre supérieur 4/5; Membre inférieur 2/5

QCM 2	Quel diagnostic evoquez-vous en priorité devant ce tableau clinique ? (Une réponses)
A -	Myasthénie généralisée
B -	Encéphalite infectieuse
C -	Première poussée de sclérose en plaque
D -	Polyradiculonévrite aïgue (Syndrome de Guillain-Barré)
E -	Accident vasculaire cérébral
F -	Hypoglycémie
G -	Syndrome de Lambert-Eaton
H -	Maladie de Lyme
I -	Compression médullaire haute

QCM 3	Vous suspectez un syndrome de Guillain-Barré, quels examens prescrivez-vous pour etayer votre diagnostic ? (Jusqu'à 6 réponses)
A -	Electroneuromyogramme
B -	Anticorps anti-nucléaires
C -	Ponction lombaire
D -	IRM médullaire en urgence
E -	Biopsie neuro-musculaire
F -	Anticorps anti-récepteur de l'acétylcholine

QROC 4	**Un electroneuromyogramme est réalisée : L'étude en détection ne montre pas de potentiel de fibrillation ou de tracé de dénervation. Il met en évidence en stimulo-détection un ralentissement des vitesses de conduction nerveuse réalisant des blocs de conduction au niveau des 4 membres. Il y a un allongement des latences des ondes F et H. De quel type d'atteinte neurologique s'agit-il? (1 à 2 mots)**

QCM 5	**Devant une atteinte démyelinisante à l'electroneuromyogramme et une ponction lombaire montrant une dissociation albumino-cytologique vous posez le diagnostic de syndrome de Guillain-Barré. Le patient est hospitalisé en service conventionnel de neurologie. Quels traitements envisagez-vous ? (Jusqu'à 5 réponses)**
A -	Immunoglobulines intra-veineuses
B -	Anticoagulation par Enoxaparine 4000UI/jour
C -	Corticothérapie en bolus intraveineux
D -	Kinésithérapie motrice
E -	Traitement immunosupresseur type methotrexate
F -	Echanges plasmatiques
G -	Matelas à air (Nimbex©)
H -	Anticoagulation par Enoxaparine 100UI/kg/12h

QCM 6	**Quelle surveillance clinique prescrivez-vous ? (Jusqu'à 7 réponses)**
A -	Etat cutanée pluriquotidien
B -	Capacité vitale au spiromètre portatif
C -	Débit expiratoire de pointe
D -	Pression artérielle poul et saturation /4 heures
E -	Efficacité de la toux
F -	Déglutition avant chaque repas
G -	Température

QCM 7	**L'infirmière vous appelle à 19h30 alors que vous appretiez à partir car le patient est dyspnéique, avec une saturation à 80%. Quelles sont vos hypothèses concernant cette dyspnée avant même de voir le patient ? (Jusqu'à 5 réponses)**
A -	Oedème pulmonaire aigu cardiogénique sur poussée hypertensive
B -	Embolie pulmonaire
C -	Pneumopathie d'inhalation
D -	Insuffisance des muscles respiratoires
E -	Péricardite aigue

QROC 8	**A l'examen du patient, vous retrouvez un tirage avec mise en jeu des muscles respiratoires accessoires ainsi qu'une cyanose des lèvres. La pression artérielle est à 125/78 mmHg. Il n'y a pas de signe d'insuffisance cardiaque droite. Il est apyrétique. La mise en place d'un masque à haute concentration d'oxygène ne corrige pas l'hypoxémie. Vous appelez les réanimateurs en urgence. Quel geste d'urgence devront-il effectuer à leur arrivée ? Texte libre (1 à 3 mots)**

QROC 9	**Quel examen complémentaire réalisable en urgence dans ce contexte demandez-vous pour avancer dans les hypothèses diagnostiques de cette dyspnée ? Texte libre (1 à 3 mots)**

QROC 10	**Quel germe evoquez-vous devant l'épisode de diarrhée 15 jours plus tôt et le développement de ce tableau neurologique ? Texte libre (1 à 3 mots)**

QCM	Quel est ce signe clinique ? Vers quel maladie cela vous orienterai ce signe s'il était associé à un déficit moteur global et un syndrome pyramidal ? (Jusqu'à 2 réponses)

A - Myoclonies de la langue
B - Fasciculations de la langue
C - Contracture de la langue
D - Chorée
E - Epilepsie
F - Sclérose en plaque
G - Sclérose latérale amyotrophique
H - Myopathie

2 Corrigé



LE + : PREMIERE LECTURE, CONSEILS ET ASTUCES

- **Appréciation globale et difficulté du dossier clinique progressif :**
  - Dossier assez transversal sur une maladie à bien connaitre
  - Difficulté : 2/3
  - A classer en 2ème position parmi les 3 dossiers de l'épreuve
- **Zéros et mots clés à inscrire sur le brouillon :**
  - Immobilisation ou chirurgie + dyspnée = EP jusqu'à preuve du contraire
  - Bien connaître la systématisation et sémiologie neuro
- **Astuces, réflexes et pièges QCM / QROC :**
  - En neuro : partir du symptome pour aller au syndrome
  - Les syndromes et leur topographie font évoquer des étiologies



GRILLE DE CORRECTION & COMMENTAIRES

		V F	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QCM 1	A -	F	1	• Question de cours : - 0 : Pas de contraction / 1 : Contraction sans mouvement - 2 : Mouvement sans vaincre gravité / 3 : Mouvement contre gravité - 4 : Mouvement contre résistance mais force diminuée / 5 : force normale
	B -	V	27	
	C -	F	1	
	D -	F	1	
QCM 2	A -	F	1	• En neurologie il faut toujours reflechir de la même manière pour avoir un diagnostic : • Topographique : CENTRAL ou PERIPHERIQUE - ROT abolis + RCP abolis + pas de spasticité = PERIPHERIQUE - Elimine donc les pathologies centrales (encéphalite/SEP/AVC/compression médulaire) • Syndromique : Sd neurogène periphérique ou myasthénique ou myogène - Pas d'amyotrophie, pas de fatiguabilité, ROT abolis = Sd neurogène périph - Bilatéral et symétrique : polyneuropathie ≠ mononeuropathie multiple (asymétrique) - Elimine donc les Sd myasténiformes (Lambert-Eaton et Myasténie) - Etiologique : Selon la présentation et les examens complémentaires • Hypoglycémie est à evoquer devant tout tableau neurologique mais n'est pas très compatible avec celui-ci : paresthésies depuis 4 jours .. • Maladie de Lyme : cause une atteinte périphérique type mononeuropathie multiple • Il ne reste plus que la polyneuropathie aigue inflammatoire (Sd Guillain-Barré)
	B -	F	1	
	C -	F	1	
	D -	V	22	
	E -	F	1	
	F -	F	1	
	G -	F	1	
	H -	F	1	
	I -	F	1	
QCM 3	A -	V	10	• Les 2 examens pour avancer sur le diagnostic de SGB sont la PL et l'ENMG • Si on ne s'en souvient plus : on sait que l'atteinte est périphérique (cf raisonnement QCM2) - Hors étiologie évidente (OH/diabète) toute atteinte périphérique = ENMG - Atteinte périphérique : PAS D'IRM !!!! • Pas d'anticorps anti-nucléaires dans le SGB • Anticorps anti-recepteur acetylcholines associés à la myasthénie
	B -	F	2,5	
	C -	V	10	
	D -	F	2,5	
	E -	F	2,5	
	F -	F	2,5	

QCM 5	A -	V	5	• Deux axes de traitements dans le SGB : - Traitement du SGB = étiologique : × Seuls les Immunoglobulines intra-veineuses et les échanges plasmatiques ont démontré leur efficacité (l'un OU l'autre) × Aucune efficacité des corticoïdes dans le SGB (oui, y'a pas que les corticoïdes en immunologie !) - Prévention des complications du SGB : × Décubitus = Escarre : matelas à air ++ Nursing × Enraidissement articulaire = Kinésithérapie motrice × Thrombose veineuse profond = HBPM à dose préventives (poso à savoir!)
	B -	V	5	
	C -	F	2	
	D -	V	5	
	E -	F	2	
	F -	V	5	
	G -	V	5	
	H -	F	1	
QCM 6	A -	V	5	• Réflechir à l'envers : que surveiller pour dépister les complications (cf encadré) ? - Escarres : état cutanée - Respiratoire : Capacité Vitale au spiromètre et PAS le DEP (que pour l'asthme!!) - Déglutition : toux + déglutition avant chaque repas : fausse route ? - Température : pneumopathie déglutition ? Autre infection - PA + poul : dysautonomie ++
	B -	V	5	
	C -	F	2	
	D -	V	5	
	E -	V	4	
	F -	V	5	
	G -	V	4	
QCM 7	A -	V	7	• Question simple si on connait les risques du SGB : - Dysautonomie : cause poussée hypertensive avec OAP possible - Embolie pulmonaire secondaire sur TVP .. - Pneumopathie d'inhalation par fausse route (atteinte nerfs cranien) - Paralysie des muscles respiratoires .. • Pas plus de péricardite dans le SGB que dans la population générale
	B -	V	7	
	C -	V	7	
	D -	V	7	
	E -	F	2	
			180	**Total QCM**

	Réponses	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QROC 4	• Démyélinisante pure • OU myéline	25+5	• Savoir interpréter un ENMG ! • Tout est logique : - Myéline = isolant électrique de l'axone - Perte de la myéline : ralentissement / bloc de conduction - Atteinte axonale = potentiel fibrillation / dénervation - D'où fasciculation musculaire lors dénervation
QROC 8	• Intubation • oro-trachéale	20 10	• Détresse respiratoire aïgue ne répondant pas à l'oxygène au masque FiO2= 1 : il faut intuber ! • Deux exceptions à connaitre - OAP et BPCO : Ventillation non invasive à tenter si pas de trouble de la conscience
QROC 9	• Angioscanner • pulmonaire • OU TDM thoracique injecté	20 10	• Eliminer l'embolie pulmonaire en priorité !! - Donc angioscanner pulmonaire en 1ère intention - Scintigraphie pulmonaire = FAUX, on vous dit qu'il est 19h30 : la médecine nucléaire est fermée et rarement scintigraphie en urgence - L'angioscanner pulmonaire pourra également montrer des signes de pneumopathie ou d'OAP
QROC 10	• Campylobacter • jejuni	20 10	• Germe responsable de diarrhées de type dysentérique mais souvent seulement avec quelques stries de sang dans les selles • Il est associé au développement d'un syndrome de Guillain-Barré : on peut réaliser une sérologie à titre épidémiologique
		120	**Total QROC**



UE & ITEMS ABORDES

TYPE	ITEMS		INTITULES
	UE	NUMERO	
Question principale	4	95	Polyradiculonévrite aigue inflammatoire (Syndrome de Guillain-Barré)
Questions accessoires	4	94	Neuropathies périphériques
	5	116	Complications de décubitus : prévention et prise en charge
	11	354	Détresse respiratoire aigue



LE + : POUR MIEUX ASSIMILER

FICHE DE SYNTHESE
(POINTS CLES UE POUR MIEUX REPONDRE AUX DOSSIERS CLINIQUES PROGRESSIFS)

Le Syndrome de Guillain Barré est une pathologie a bien connaitre :

- C'est une pathologie inflammatoire nerveuse démyelinisante périphérique d'étiologie inconnue
- Ses caractéristiques sont d'être :
  - Une polyneuropathie (donc bilatérale et symétrique)
  - Début distal et progression ascendante
- On décrit 3 phases de la maladie :
  - Extension : de quelques jours à 1 mois
  - Plateau : environ 1 mois
  - Récupération : lente, les déficits conservés après 12 mois d'évolutions sont considérés définitifs.
- Pour mémoire : 5 % de décès et 15% de sequelles définitives : pathologies grave !

Il existe 4 grand type de complications graves dans le SGB (c'est sur ça qu'on vous attend) :

- Insuffisance respiratoire : 1/3 des patients nécessiteront une intubation + ventillation mécanique
- Trouble de la déglutition : risque de PNEUMOPATHIE d'INHALATION ++ et dénutrition : on prescrira une nutrition entérale par sonde naso-gastrique ou gastrostomie si nécessaire
- Complication de décubitus +++ :
  - Maladie veineuse thrombo-embolique : A prévenir par HBPM (mais possible malgré HBPM!!!)
  - Escarres : Matelas à air / Nursing
  - Enraidissement articulaire: Kinésithérapie motrice
  - …
  - Dysautonomie : atteinte du système nerveux autonome pouvant être GRAVISSIME
  - Poussée hypertensives ou au contraire choc vasoplégique
  - Trouble du rythme cardiaque type tachycardie ou bradycardie extrèmes
- La présence de ces signes de gravité impose une hospitalisation en Réanimation; dans tout les cas, le patient doit être hospitalisé dans un service à proximité d'une réanimation

Pour les futurs internistes/neurologues :
- Le patient présente ici un syndrome de Miller-Fischer : variante du SGB, caractérisé par :
  - Aréflexie
  - Ataxie
  - Ophtalmoplégie

- La présence d'une diplégie faciale (paralysie faciale bilatérale) doit faire ouvrir un tirroir :
  - Sd Guillain-Barré
  - Diabète
  - Maladie de Lyme
  - Sarcoïdose (Sd d'Heerfordt)
  - Atteinte du tronc cérébral

UE dossier clinique progressif N° 5

Une migrante fébrile

1 Enoncé

Vous recevez en hospitalisation en service de médecine interne, Mlle Mikaella P. 29 ans, adressée par son médecin traitant pour altération de l'état général et fébricule. Elle est d'origine roumaine et est arrivée en France il y a 3 mois pour travailler, après un séjour sur le bord méditerrannéen. Elle se plaint d'une fatigue vesperale non améliorée par le repos, ainsi que d'une toux sèche avec une fébricule à 38,2°C.

QROC 1	**Dans le cas où votre examen clinique retrouverait une angine à fausses membranes, quelle pathologie potentiellement mortelle faudrait-il absolument evoquer chez cette patiente ? (1 à 3 mots)**

QROC 2	**Elle décrit un amaigrissement de 6kg en 6mois, elle pèse 48kg pour 1m70. Calculez son IMC, comment qualifiez-vous l'état nutritionnel de la patiente ? Texte libre (1 à 3 mots)**

QCM 3	**A l'examen, la pression arterielle est à 120/60mmHg, la fréquence cardiaque à 80/minutes, la fréquence respiratoire à 15/min et la saturation à 96% en air ambiant. L'auscultation pulmonaire est sans particularité. L'examen cardio-vasculaire ne retrouve qu'un souffle systolique présent à tout les foyers. L'examen cutané ainsi qu'ORL sont normaux. Vous retrouvez quelques adénopathies centimétriques cervicales et axillaires. La patiente présente également des douleurs lombaires. Quelles pathologies, isolées ou potentiellement intriquées sont à rechercher devant ce tableau ? (Jusqu'à 9 réponses)**

A - Infection chronique par le VIH
B - Tuberculose pulmonaire
C - Spondylodiscite tuberculeuse
D - Spondylodiscite à Brucella
E - Endocardite infectieuse
F - Maladie de Horton
G - Sarcoïdose
H - Spondylodiscite à pyogènes
I - Lymphome

QCM 4	**Quels signes recherchez-vous à la radiographie thoracique en faveur d'une tuberculose ? (Jusqu'à 6 réponses)**

A - Lésions prédominantes dans les bases
B - Infiltrats pulmonaire
C - Nodules et micronodules isolés ou multiples
D - Adénopathies médiastinales ou hilaire
E - Caverne unique ou multiples
F - Syndrome alvéolaire

QCM 5	Quels signes cliniques recherchez-vous en faveur d'une endocardite infectieuse ? (Jusqu'à 11 réponses)
A -	Erythème palmaire
B -	Hippocratisme digital
C -	Faux panaris d'Osler
D -	Nodule de Roth au fond d'oeil
E -	Bandelette urinaire avec hématurie et protéinurie
F -	Splénomégalie
G -	Purpura pétéchial
H -	Souffle cardiaque
I -	Purpura conjonctival
J -	Arthralgies
K -	Porte d'entrée infectieuse

QROC 6	Cette radiographie est réalisée, quel est le diagnostic le plus probable ? Texte libre (1 à 3 mots)

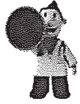
QCM 7	Vous diagnostiquez une tuberculose avec atteinte pulmonaire et rachidienne (spondylodiscite) quelles sont les traitements à prescrire ? (Jusqu'à 6 réponses)
A -	Quadrithérapie (IREP) pendant 2 mois
B -	Quadrithérapie (IREP) pendant 4 mois
C -	Bithérapie (IR) pendant 4 mois
D -	Bithérapie (IR) pendant 10 mois
E -	Vitamine B12
F -	Vitamine B6
G -	Contraception oestro-progestative
H -	Une prise unique par jour, à jeun

QROC 8	Quelles sont les deux mesures de santé publique est à réaliser ? (5 mots)

QROC 9	Chez quel spécialiste d'organe devez-vous obligatoirement adresser le patient pour surveiller la tolérance du traitement ? Texte libre (1 à 3 mots)

QCM 10	Le bilan biologique de controle réalisé à J15 montre une élévation des transaminases à 7N, quel est votre attitude ? (Jusqu'à 6 réponses)
A -	Arrêt de la rifampicine
B -	Arrêt du pyrazinamide
C -	Arrêt de l'éthambutol
D -	Arrêt de l'isoniazide
E -	Surveillance rapprochée sans arrêt du traitement
F -	Déclaration à la pharmacovigilance

2 Corrigé



LE + : PREMIERE LECTURE, CONSEILS ET ASTUCES

- **Appréciation globale et difficulté du dossier clinique progressif :**
  - Dossier très médecine interne
  - Difficulté : 2/3
- **Zéros et mots clés à inscrire sur le brouillon :**
  - Fièvre + souffle = endocardite infectieuse à chercher
  - Migrant = VIH/Tuberculose
  - Angine à fausse membrane chez migrant pays de l'est = DIPHTERIE
- **Astuces, réflexes et pièges QCM / QROC :**
  - Attention aux interraction médicamenteuses (rifampicine)
  - Tuberculose = documentation microbiologique



GRILLE DE CORRECTION & COMMENTAIRES

		V F	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QCM 3	A -	V	3	• Question difficile, il faut bien réfléchir • C'est un tableau de migrante jeune avec altération de l'état général, polyadénopathie, un souffle (fonctionnel ou non!), fébricule et douleur lombaire - Réflexe fièvre + souffle = ENDOCARDITE INFECTIEUSE - Le VIH avec sa présentation polymorphe doit être évoqué - La Tuberculose avec atteinte pulmonaire et/ou discale aussi - La brucellose = zoonose donne des tableaux comparable à la tuberculose discale à savoir évoquer si séjour dans le bord méditerranéen. - La sarcoïdose peut TOUT donner donc à évoquer - AEG + adénopathies + fièvre : évoquer lymphome !
	B -	V	4	
	C -	V	4	
	D -	V	3	
	E -	V	3	
	F -	F	2	
	G -	V	4	
	H -	V	4	
	I -	V	3	
QCM 4	A -	F	3	• Le BK est un germe aérobie à croissante lente, il se développé dans la partie du poumon ou la pression partielle en 02 est la plus élevée : donc l'APEX • Question de cours : les lésions les plus fréquentes sont : - Infiltrats - Nodules, micronodules - Cavernes - Adénopathies médiastinales ou hilaires pouvant être COMPRESSIVE (Sd Brock)
	B -	V	6	
	C -	V	6	
	D -	V	6	
	E -	V	6	
	F -	F	3	
QCM 5	A -	V	3	• Tout ces signes cliniques sont à rechercher !! • L'endocardite infectieuse est polymorphe et trompeuse • Une endocardite infectieuse impose un bilan d'extension : - Fond d'oeil systématique - ECG (BAV sur abcès septal = classique) - TDM cérébral : recherche abcès / hémorragie sur anevrysme mycotique - TDM Thoraco-abdo-pelvien injecte : recherche embole (splénique/rénale++) - Bandelette urinaire recherche nephropathie glomérulaire (Sd néphritique)
	B -	V	3	
	C -	V	2	
	D -	V	3	
	E -	V	3	
	F -	V	3	
	G -	V	3	
	H -	V	2	
	I -	V	2	
	J -	V	3	
	K -	V	3	

QCM 7	A -	V	6	• Tuberculose extra-pulmonaire = ttt prolongé : 9 à 12 mois • TOUJOURS 2 mois de bithérapie • Puis 4 à 10 mois de bithérapie • Toujours en une prise le matin à jeun (sinon mal absorbé et diminution efficacité) • Vitamine B6 à toujours associer car risque neuropathie à l'isoniazide • Attention piège : - Contraception impérative - MAIS rifampicine = inducteur enzymatique = interraction médicamenteuse - Rend pilule oestro-progestative inefficace
	B -	F	3	
	C -	F	3	
	D -	V	6	
	E -	F	2	
	F -	F	2	
	G -	F	2	
	H -	V	6	
QCM 10	A -	F	2	• Le pyrazinamide est hépatotoxique (mécanisme : immuno-allergique) - Donc ARRET et CONTRE INDICATION A VIE • L'isoniazide est hépatotoxique (mécanisme : toxicité d'un métabolite) • Tout effet indésirable médicamenteux = DECLARATION PHARMACOVIGILANCE • Voir encadré fin du chapitre
	B -	V	8	
	C -	F	2	
	D -	V	8	
	E -	F	2	
	F -	V	8	
			150	**Total QCM**

	Réponses	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QROC 1	• **Diphtérie**	30	• A savoir évoquer !!! • Angine à fausses membranes = - Mononucléose infectieuse - Diphtérie • La diphtérie peut être mortelle (BAV++) • Les migrants des pays de l'est sont à risque : couverture vaccinale médiocre
QROC 2	• **16,5** (accepté 16 à 16,9) • **Dénutrition**	20 10	• Savoir faire le calcul d'un IMC ! • Dénutrition simple ici (IMC<17) • Pas de point si dénutrition sévère
QROC 6	• **Tuberculose maladie** • **Pulmonaire**	15 15	• Tuberculose active donc Tuberculose maladie (moitié des points si incomplet • Ne pas oublier Pulmonaire : la tuberculose peut toucher TOUT les organes, il faut être précis.
QROC 8	• **Déclaration obligatoire** • **Enquète autour d'un cas**	15 15	• La tuberculose fait partie des maladies à déclaration obligatoire • Celle-ci se fait à l'Agence Régionale de Santé (ARS) • L'enquète autour d'un cas est obligatoire - Toutes les personnes en contact rapproché - Dans les 3 derniers mois - IDR + Radiographie du thorax
QROC 9	• **Ophtalmologue**	30	• Systématique : - Fait parti du bilan pré-thérapeutique - ET de la surveillance à M1 et M2 - Comprend : champs visuel, vision couleur et fond d'oeil • L'éthambutol est responsable de Névrite optique rétro-bulbaire • Celles-ci sont en général réversible après arrêt du ttt • Scotome central ou caeco-central • Dyschromatopsie d'axe rouge-vert ou bleu-jaune • Paleur papillaire au fond d'oeil
		150	**Total QROC**



UE & ITEMS ABORDES

TYPE	ITEMS		INTITULES
	UE	NUMERO	
Question principale	6	155	Tuberculose de l'enfant et de l'adulte
Questions accessoires	6	159	Endocardite infectieuse
	6	170	Pathologie infectieuse chez les migrants adultes et enfants
	8	248	Dénutrition chez l'enfant et l'adulte



LE + : POUR MIEUX ASSIMILER

FICHE DE SYNTHESE
(POINTS CLES UE POUR MIEUX REPONDRE AUX DOSSIERS CLINIQUES PROGRESSIFS)

Surveillance du traitement de la tuberculose :

- CLINIQUE (NE PAS OUBLIER!!!!) :
  - Efficacité : défervescence, diminution de la toux, des douleurs, reprise du poids…
  - Tolérance :
- BILAN OPHTALMO (CV/FO/vision des couleurs) /mois sous Ethambutol
- Preuve de l'observance : urines et autres sécrétions rose-orangées
- Cutanée / digestive
- PARACLINIQUE :
  - Efficacité :
  - ECBC ou tubage de J15 jusqu'à négativation (avant levée de l'isolement)
  - RX du thorax M2/M6 et M18
  - Tolérance :
  - NFS et transaminases /15jrs le premier mois puis /mois jusqu'a fin du traitement (non consensuel)

Conduite à tenir si hépatotoxicité du traitement (CEP) :

- Transaminases < 3N :
  - Surveillance biologique rapprochée jusqu'à normalisation
- Transaminases > 3N et < 6N :
  - Arret du pyrazinamide et poursuite trithérapie 2 mois. Prolonger bithérapie de 3 mois.
- Transaminases > 6N :
  - Arrêt de l'isoniazide et du pyrazinamide; Après normalisation réintroduction de l'isoniazide à demi-dose. Prolonger la bithérapie de 3 mois.

Notes personnelles

UE dossier clinique progressif N° 6

Mamie fait de la résistance

1 Enoncé

Vous accueillez dans votre service Mme Charline D. pour un bilan d'asthénie. Cette charmante dame de 83 ans, vous raconte avoir été très peu malade sans sa vie, elle n'a qu'un "petit diabète et un peu tension", traités respectivement par Metformine et Hydrochorothiazide. Un pacemaker a également été implanté 2 ans plus tôt pour un trouble de la conduction paroxystique. Une ostéodensitométrie réalisée 1 ans plus tot retrouvait un T-score à –1,8. Elle se plaint depuis 3 mois d'une fatigue excessive, non améliorée par sa sieste post-prandiale quotidienne. Elle ne pratique plus le bridge, son activité préférée depuis le début de ces troubles. Elle rapporte aussi un amaigrissement avec une diminution d'appétit. Elle vit seule depuis le décès de son mari il y a 3 ans.

QCM 1	**Quel(s) élément(s) présent(s) ou à rechercher à l'interrogatoire font évoquer une cause organique à cette asthénie ? (Jusqu'à 5 réponses)**

A - Amaigrissement récent
B - Clinophilie
C - Fatigue prédominante le matin
D - Anosognosie
E - Perte d'interêt dans ses activités habituelles

QROC 2	**Quel diagnostic devrait-on évoquer en priorité devant ce tableau si l'examen physique était strictement normal sans autre signe fonctionnel ? Texte libre (1 à 3 mots)**

QCM 3	**L'interrogatoire retrouve des douleurs des épaules et des hanches depuis 2 mois. Une échographie prescrite par son médecin traitant montrait une bursite sous-acromio deltoïdienne bilatérale sans signe de tendinopathie de la coiffe. Elle rapporte également avoir eu plusieurs épisodes fébriles à 39°C depuis l'apparition des douleurs. Vous suspectez en priorité une maladie de Horton compliquant une pseudo-polyarthrite rhizomyelique, que recherchez-vous à l'examen clinique en faveur de ce diagnostic ? (Jusqu'à 12 réponses)**

A - Un souffle cardiaque
B - Un souffle carotidien ou sous-clavier
C - Claudication de la machoire
D - Céphalée temporale
E - Horaire inflammatoire des douleurs
F - Une asymétrie tensionelle
G - Une induration de l'artère temporale
H - Des adénopathies
I - Une hyperesthésie du scalp
J - Une arthrite des articulations métacarpo-phalangiennes
K - Une amaurose fugace
L - Toux sèche persistante

QROC 4	**Quel examen peu invasif permet le plus souvent de poser le diagnostic de maladie de Horton ? Texte libre (1 à 3 mots)**

QCM 5	Vous réalisez une biopsie de l'artère temporale, quelles sont les réponses exactes concernant cette biopsie dans la maladie de Horton ? (Jusqu'à 8 réponses)

A - La taille de la biopsie doit être d'au moins 1 cm
B - Elle doit être analysée en totalité par l'anatomopathologiste
C - Les signes prédominent sur les artères de faible calibre
D - Granulomes gigantocellulaires sans nécrose caséeuse
E - Destruction de la limitante elastique interne
F - Epaississement fibreux de l'intima
G - Destruction des cellules musculaires lisses
H - Elle doit être réalisée AVANT le début du traitement
I - Sa négativité exclue le diagnostic
J - Elle peut être écho-guidée

QCM 6	La patiente décrit plusieurs épisodes de baisse d'acuité visuelle au cours des 3 dernières semaines. Le bilan biologique un syndrome inflammatoire avec une VS à 90mm et une CRP à 120mg/L sans hyperlymphocytose. Une echographie cardiaque trans-thoracique est interpretée comme normale. Quel traitement initiez vous ? (jusqu'à 10 réponses)

A - Il s'agit d'une urgence thérapeutique
B - Corticothérapie per os à la dose de 0,3mg/kg
C - Bolus corticoïdes (methylprednisolone) IV 1gr/jour pendant 3 jours
D - Corticothérapie per os à la dose de 1mg/kg
E - La durée de la corticothérapie est de 12 à 24 mois
F - Aspirine 75mg/j per os
G - Supplémentation potassique
H - Supplémentation vitamino-calcique
I - Biphosphonates
J - Vaccination grippe / pneumocoque
K - Majoration du traitement anti-diabétique

QROC 7	En 48h l'ensemble des douleurs de la patiente ont disparues. Par quel marqueur biologique suivez-vous le risque de rechute durant le sevrage de la corticothérapie ? (1 mot)

QCM 8	Elle revient 3 mois plus tard à votre consultation de suivi. Vous remarquez qu'elle présente une boiterie à l'entrée dans la pièce. En l'interrogeant en vous raconter boiter depuis 8 jours, sa hanche gauche est particulièrement douloureuse à la marche, avec un soulagement au repos. Vous realisez cette radiographie du bassin, quelles pathologie sont compatibles avec cette radiographie ? (jusqu'à 8 réponses)

A - Ostéome ostéoïde
B - Tendinite du moyen fessier
C - Algodystrophie de la hanche
D - Fracture de fatigue de la tête fémorale
E - Arthrose sévère
F - Arthrite septique aigue
G - Lésion ligamentaire
H - Ostéonécrose aseptique de la tête fémorale

QROC 9	Le bilan biologique est normal. Vous suspectez en premier lieux une ostéonécrose aseptique de la tête fémorale, quel examen prescrivez-vous à cette patiente pour en faire le diagnostic ? Texte libre (1 à 3 mots)

QCM 10	Lors de la consultation à 12 mois, la patiente ne prend plus que 15mg de prednisone par jour. Son bilan biologique de controle retrouve une CRP à 60mg/L. Quelles sont vos hypothèses pour expliquer ce syndrome inflammatoire ?(Jusqu'à 6 réponses)

A - Mauvaise observance du traitement
B - Prise de rifampicine pour une infection cutanée
C - Decroissance trop brutale de la corticothérapie
D - Infection surrajoutée
E - Prise de lopéramide pour des diarrhées
F - Prise d'erythromycine pour le traitement d'une angine

2 Corrigé



LE + : PREMIERE LECTURE, CONSEILS ET ASTUCES

- **Appréciation globale et difficulté du dossier clinique progressif :**
  - Dossier classique de maladie de Horton
  - Difficulté : 1/3
  - A classer en 1ère position parmi les 3 dossiers de l'épreuve
- **Zéros et mots clés à inscrire sur le brouillon :**
  - Personne agée = dépression
  - Corticoïdes = effets indésirables à prévenir
  - Pacemaker = contre-indication IRM !!!
- **Astuces, réflexes et pièges QCM / QROC :**
  - Procéder par élimination
  - Penser l'étiologie en fonction du terrain



GRILLE DE CORRECTION & COMMENTAIRES

		V F	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QCM 1	A -	V	6	• L'asthénie est un symptome fréquent en médecine • Il faut savoir repérer les éléments évoquant une asthénie psychogène ou organique • Doivent faire evoquer une fatigue organique : - Un amaigrissement important (bien que non spécifique!) - L'absence de facteur psychogène déclenchant (décès d'un proche) - Un début aigu - Asthénie à prédominance vespérale (le soir) • La clinophilie, l'anosognosie, la fatigue matinale font évoquer un Sd dépressif
	B -	F	6	
	C -	F	6	
	D -	F	6	
	E -	F	6	
QCM 3	A -	F	1	• Souffle cardiaque + adénopathies font evoquer un étiologie infectieuse (endocardite++) • La maladie de Horton touche les GROS VAISSEAUX : - Un souffle vasculaire + asymétrie tensionnelle si atteinte artère sous clavière - Induration artère temporale / Céphalée / claudication machoire (=ischémie) / hyperesthésie • Les signes ophtalmo : amaurose transitoire bien que compatible avec endocardite - Sont une signe de gravité du Horton !! - Leur présence rend le traitement une URGENCE - Car risque de CECITE PERMANENTE • Atteinte des MCP : fait évoquer une polyarthrite rhumatoïde • La toux sèche chronique se retrouve dans le Horton
	B -	V	3	
	C -	V	3	
	D -	V	3	
	E -	V	3	
	F -	V	3	
	G -	V	3	
	H -	F	1	
	I -	V	3	
	J -	F	1	
	K -	V	3	
	L -	V	3	
QCM 5	A -	V	4	• La maladie de Horton est une vascularite des gros vaisseaux - Elle est segmentaire et focale • La biopsie doit donc : - Mesurer au moins 3cm - Etre analysée en totalité • Sa négativité n'élimine pas le diagnostics • Signes histologiques à connaitre (cf encadré) • La biopsie reste positive au moins 1 semaine après le traitement
	B -	V	4	
	C -	F	2	
	D -	V	4	
	E -	V	4	
	F -	V	4	
	G -	V	4	
	H -	F	2	
	I -	F	1	
	J -	F	1	

QCM 6	A -	V	3	• La présence de signes ophtalmo rendent le traitement URGENT : risque de cécité irréversible • Aspirine à dose anti-aggrégante recommandée par le COFER • Posologies à connaître grossièrement : - Horton + signe ophtalmo : bolus IV puis relais oral 1mg/kg - Horton seul : prednisone 0,7mg/kg - PPR seule : prednisone 0,3mg/kg • Prevention des complications cortico-induites - A connaitre par coeur - Les biphosphonates sont indiqués ici (voir consensus)
	B -	F	1	
	C -	V	3	
	D -	V	3	
	E -	V	3	
	F -	V	3	
	G -	V	3	
	H -	V	3	
	I -	V	3	
	J -	V	3	
	K -	V	2	
QCM 8	A -	V	3	• Question difficile : les causes de douleur de hanche à RX normale - Quand on ne sait pas .. utiliser son bon sens - Tendinopathie et ligamentopathie ne se voient pas à la RX (parfois calcifié..) - Arthrite à la phase aigu = normal .. ATTENTION ! - Algodystrophie et ostéonécrose à connaitre absolument • Ostéome ostéoïde est une tumeur bénigne osseuse provoquant des douleurs nocturnes intenses et répondant très bien aux AINS (production prostaglandine par tumeur)
	B -	V	3	
	C -	V	3	
	D -	V	3	
	E -	F	2	
	F -	V	3	
	G -	V	3	
	H -	V	3	
QCM 10	A -	V	5	• Les 4 causes classiques de rebond sont - Inobservance / infection / baisse trop rapide / interraction médicamenteuse • Connaitre les interractions médicamenteuses principales : - Rifampicine = inducteur enzymatique = diminution concentration plasma = rechute - Lopéramide = ralentisseur transit = augmentation absorption - Macrolide = inhibiteur enzymatique = augmentation concentration plasma
	B -	V	5	
	C -	V	5	
	D -	V	5	
	E -	F	5	
	F -	F	5	
			180	**Total QCM**

	Réponses	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QROC 2	• Syndrome dépressif	30	• Le syndrome dépressif est TRES fréquent chez la personne agée • Il doit toujours être évoqué devant un tableau de ce type • On réalise souvent un test diagnostic en traitant pendant 3 mois par antidépresseur
QROC 4	• Biopsie • Artère temporale	10 20	• Dans la maladie de Horton une preuve histologique est souhaitable mais NON obligatoire • BAT est peu invasive, réalisable sous aspirine • A réaliser du coté symptomatique (induré) si présent
QROC 7	• CRP ou C-réactive proteine	30	• Le suivi de la CRP est à privilegier à la VS car : - Meilleure spécificité (moins de faux positifs) - Meilleure sensibilité (moins de faux négatifs) - Cinétique rapide (détecte plus rapidement une rechute)
QROC 9	• Scintigraphie osseuse	30	• POINTS NEGATIFS si IRM prescrite • IRM permet de diagnostiquer précocement une OATF • Mais l'IRM est contre-indiquée en cas de pacemaker
		120	**Total QROC**



UE & ITEMS ABORDES

TYPE	ITEMS		INTITULES
	UE	NUMERO	
Question principale	7	191	Artérite à cellules géantes
Questions accessoires	10	326-1	Prescription et surveillance des anti-inflammatoires stéroïdiens
	5	124	Ostéopathies fragilisantes
	3	64	Syndrome dépressif



LE + : POUR MIEUX ASSIMILER

FICHE DE SYNTHESE
(POINTS CLES UE POUR MIEUX REPONDRE AUX DOSSIERS CLINIQUES PROGRESSIFS)

La maladie de Horton :
- C'est une vascularite (maladie inflammatoire des vaisseaux sanguins)
  - Elle touche les artères de gros calibre (aorte, arc aortique, artère sous clavière, artère temporale ..)
  - Elle est segmentaire (ne touche qu'une partie du vaisseau)
  - Et focale (ne touche pas tout les vaisseaux)
- Le diagnostic se fait par le terrain (personne agé), la clinique, la biologie (syndrome inflammatoire)
- La biopsie de l'artère temporale pose souvent le diagnostic avec :
  - Granulome epithélioïde gigantocellulaire sans nécrose caséeuse
  - Destruction des cellules musculaires lisses
  - Fragmentation de la limitante élastique interne
  - Infiltrat inflammatoire du vaisseau
  - Epaississement fibreux de l'intima
- Elle doit être analysée en totalité sur un prélévement >= 3cm (car focale)
- Elle revient négative dans 70 % des cas de maladies de Horton avérée

FICHE CONSENSUS
(CONFERENCES DE CONSENSUS et RECOMMANDATIONS)

HAS 2006	Prévention de l'ostéoporose cortico-induite

Place du traitement par biphosphonates dans les corticothérapies :
- Concerne les corticothérapies >= 7,5mg/J pendant >= 3 mois
- Une ostéodensitométrie osseuse doit être proposée dans le bilan pré-thérapeutique (sans urgence)
- Une supplémentation vitamino-calcique est quasi-systématique

- La prescription de biphosphonates est indiquée chez les patients :
  - Avec un antécédent de fracture ostéoporotique (à faible énergie ou fracture vertébrale)
  - Avec un T-score < -1,5

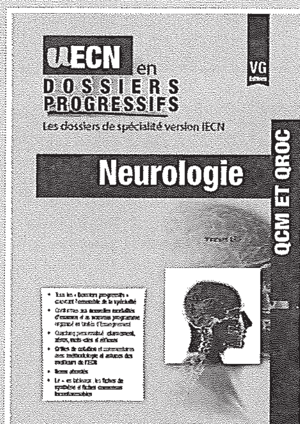
uECN EN DOSSIERS PROGRESSIFS

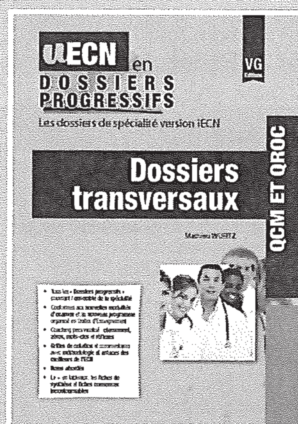
VG Editions

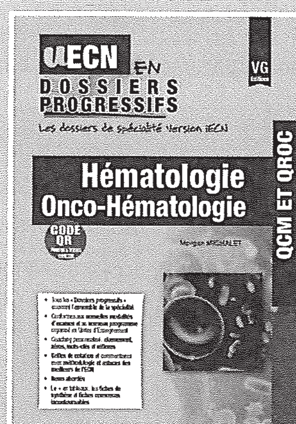
Les dossiers de spécialité version iECN

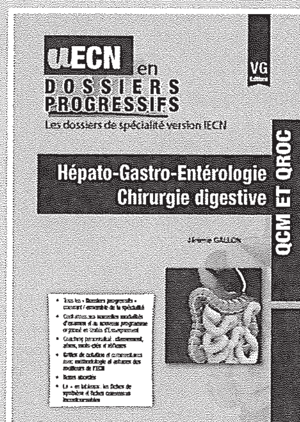
QCM ET QROC

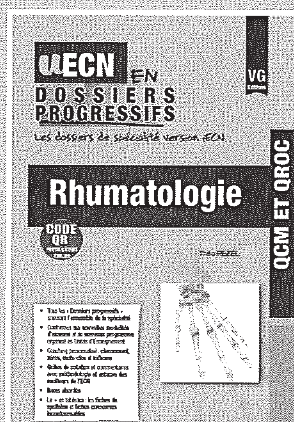
- Tous les « **Dossiers progressifs** » couvrant l'**ensemble de la spécialité**
- Conformes aux **nouvelles modalités d'examen** et au **nouveau programme** organisé en Unités d'Enseignement
- Coaching personnalisé : **classement, zéros, mots-clés** et **réflexes**
- **Grilles de cotation** et commentaires avec **méthodologie et astuces des meilleurs de l'ECN**
- **Items abordés**
- Le + en tableaux : les **fiches de synthèse** et **fiches consensus incontournables**



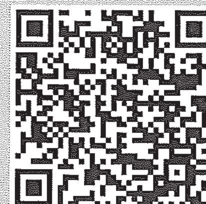








Retrouvez tous les ouvrages de cette collection en scannant ce code



http://www.vg-librairies.com/ecn/dossiers-et-annales/ue-ecn-en-dossiers-progressif.html

Consensus

UE dossier clinique progressif N° 7

La chapelle sur la colline

1 Enoncé

Vous êtes appelé en urgence par l'interne de garde aux urgences pour un avis.
Madame Marie R., 55 ans s'est présentée aux urgences pour des hémoptysies de sang rouge depuis plusieurs jours, d'aggravation progressive. Cette patient n'a aucun antécédent, en particulier cardiaque; un bilan biologique de routine prescrit par son médecin traitant il y a 3 mois était normal. Elle ne prend aucun médicament et n'a jamais touché une cigarette.
Vous retrouvez une patiente agitée, la température est à 38,7°C, la pression artérielle à 152/102 aux deux bras, le pouls 90/min, la saturation 88% en air ambiant, le poids est de 50kg. Elle ne se plaint d'aucune douleur. L'examen ne retrouve pas d'oedèmes des membres inférieurs, des bruits du coeurs réguliers sans souffle ainsi qu'un foyer de crépitants du coté droit.

QCM 1	Quelles sont les 4 étiologies les plus fréquentes d'hémoptysie ? (Jusqu'à 4 réponses)
A -	Tuberculose pulmonaire
B -	Embolie pulmonaire
C -	Rétrecissement mitral
D -	Cancer broncho-pulmonaire
E -	Dilatation des bronches
F -	Maladie de Rendu-Osler
G -	Hemoptysie post-traumatique
H -	Aspergillose pulmonaire
I -	Hémochromatose
J -	Broncho-pneumopathie chronique obstructive

QCM 2	En cas d'hémoptysie massive (crachat de 500mL en une fois) avec mauvaise tolérance respiratoire quelle serait votre attitude en urgences ? (Jusqu'à 8 réponses)
A -	Remplissage vasculaire
B -	Oxygénothérapie à la lunette
C -	Décubitus latéral droit
D -	Décubitus latéral gauche
E -	TDM thoracique injecté en urgence
F -	Fibroscopie bronchique en urgence à visée diagnostique et thérapeutique
G -	Intubation oro-trachéale sélective ou avec sonde à double lumière
H -	Embolisation artérielle bronchique
I -	Appel du réanimateur
J -	Traitement par terlipressine IV

QCM 3	L'hémoptysie reste modérée. La bandelette urinaire réalisée aux urgences montre : sang ++, protéines ++, nitrites -, leuco -. L'ECG est normal. Le bilan biologique réalisé aux urgence montre : NFS : Hb : 10gr/dL; VGM : 77µ; Leuco : 20G/L; PNN : 80%; PNE : 1%; lympho : 15%; Plaquettes : 225G/L Créatinine 400µM; urée : 20mM; CRP : 150mg/L; ionogramme : sans particularité; Calcémie : 2,3 mM; Albumine : 43 gr/L Sédiment urinaire : présence d'hématie avec cylindre hématique. Protéinurie : 1,8 g/L Gaz du sang (air ambiant) : pH : 7,46; PaO2 : 65mmHg; PaCO2 : 33mmHg, HCO3- : 24mM La radiographie thoracique montre un syndrome alvéolaire bilatéral et diffus, pas d'épanchement pleural, pas de cardiomégalie. Caracterisez l'atteinte rénale : (Jusqu'à 5 réponses)

A - Insuffisance rénale de profil organique
B - Insuffisance rénale de profil fonctionnel
C - Syndrome glomérulaire
D - Syndrome interstitiel
E - Syndrome néphrotique
F - La clairance calculée en Cockroft est de 8 à 10mL/min
G - La clairance calculée en Cockroft est de 13 à 15mL/min
H - Insuffisance rénale aigue
I - Insuffisance rénale chronique
J - Glomérulonéphrite rapidement progressive

QCM 4	Une fibroscopie bronchique avec lavage broncho-alvéolaire est réalisée. Celle-ci ramène un liquide rosé. Cytologie : cellules : 300 G/L; 90% de macrophages don't 30% de sidérophages à la coloration de Perls Caracterisez l'atteinte pulmonaire : (Jusqu'à 6 réponses)

A - Alcalose respiratoire non compensée
B - Alcalose métabolique non compensée
C - Effet shunt au gaz du sang
D - Alvéolite
E - Hemorragie alvéolaire
F - Oedème aigu pulmonaire
G - Normoxémie

QROC 5	Quel examen complémentaire doit être réalisé en urgence devant cette insuffisance rénale aigue ? Texte libre (1 à 3 mots)

QCM 6	L'échographie rénale montre des reins de taille normale, sans dilatation des cavités pyelo-calicielles. Quelles étiologies proposez-vous pour expliquer ce syndrome pneumo-rénal ? (Jusqu'à 7 réponses)

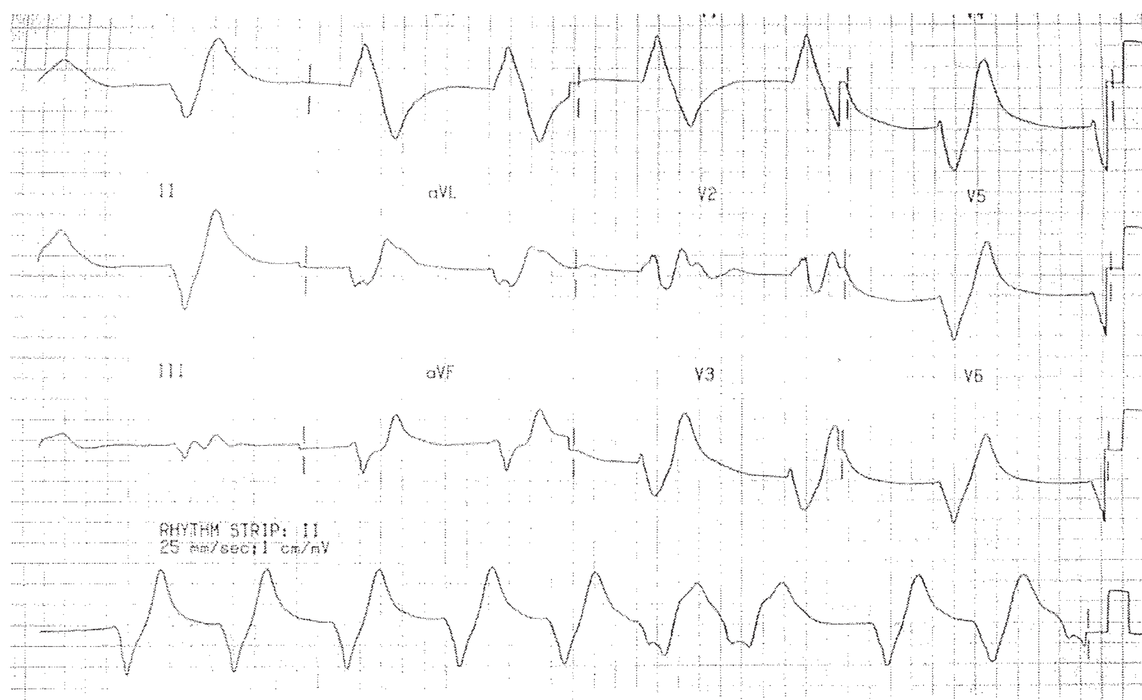
A - Polyangéite avec granulome (Maladie de Wegener)
B - Polyangéite avec granulome à éosinophiles (Maladie de Churg et Stauss)
C - Péri-artérite noueuse
D - Polyangéite microscopique
E - Syndrome des anticorps anti-membrane basale glomérulaire (Syndrome de Goodpasture)
F - Syndrome de Kawasaki
G - Maladie de Takayasu

QROC 7	Quel est l'examen primordial à réaliser en urgence devant un syndrome de glomérulonéphrite rapidement progressive ? Texte libre (1 à 3 mots)

QCM 8

Vous prescrivez la recherche d'anticorps anti-cytoplasme de polynucléaire neutrophiles (ANCA) en urgence.
24h après, le biologiste vous appelle pour vous communiquer les résultats : la présence d'ANCA à prédominance périnucléaire avec une spécificité pour la myelopéroxydase.
Vous évoquez donc en priorité une polyangéite microscopique; quels signes histologiques seront normalement présents à la ponction-biopsie rénale réalisée en urgence ?
(Jusqu'à 7 réponses)

A - Granulomes épithélioïdes gigantocellulaires sans nécrose caséeuse
B - Nécrose fibrinoïde
C - Prolifération extracapillaire (croissant extracapillaires)
D - Prolifération endomembraneuse
E - Dépot linéaire d'igG sur la membrane basale glomérulaire en Immunofluorescence
F - Absence de dépot d'immunoglobuline sur la membrane basale glomérulaire
G - Interêt pronostic par l'évaluation du nombre de glomérules sclérosé



QROC 9

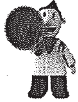
Vous débutez le traitement en urgence par échanges plasmatiques.
24 heures plus tard, l'infirmière vous appelle en urgence pour une bradycardie mal tolérée, elle vous tend l'ECG qu'elle vient d'enregistrer.
Quel est la cause la plus probable de cette bradycardie ?
Texte libre (1 à 3 mots)

QCM 10

La patiente a uriné 50mL sur les 24 dernières heures, vous notez des oedèmes importants des lombes. L'auscultation objective des crépitants bilatéraux jusqu'à mi-champs.
La kaliémie mesurée sur le gaz du sang est à 9,1 mmol/L.
Quelles sont vos mesures thérapeutiques en urgence ?
(Jusqu'à 8 réponses)

A - Protection myocardique par gluconate de calcium IVD
B - Aérosols de béta-2 mimétiques
C - Perfusion d'insuline 30UI dans 500mL de soluté glucosé à 30%
D - Perfusion d'un flacon de bicarbonate molaire (8,4%)
E - Traitement diurétique par furosémide forte doses
F - Lavement rectal par Kayexalate®
G - Transfert en urgence en unité de soins intensif
H - Indication à une épuration extra-rénale en urgence

2 Corrigé



LE + : PREMIERE LECTURE, CONSEILS ET ASTUCES

- **Appréciation globale et difficulté du dossier clinique progressif :**
  - Dossier de vascularite systémique très transversal, adoré des profs (donc tombable)
  - Difficulté : 3/3
  - A classer en 3ème position parmi les 3 dossiers de l'épreuve
- **Zéros et mots clés à inscrire sur le brouillon :**
  - Hemorragie = bilan pré-transfusionnel
  - Hemoptysie même minime = urgence diagnostique et thérapeutique
- **Astuces, réflexes et pièges QCM / QROC :**
  - Bien caractériser une atteinte rénale
  - Regrouper symptomes en syndromes



GRILLE DE CORRECTION & COMMENTAIRES

		V F	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QCM 1	A -	V	6	• Question de cours • L'embolie pulmonaire provoque rarement des hemoptysie en réalité • Maladie de Rendu-Osler = cause rare avec micro-anévrismes diffus
	B -	F	1	
	C -	F	1	
	D -	V	6	
	E -	V	6	
	F -	F	1	
	G -	F	1	
	H -	V	6	
	I -	F	1	
	J -	F	1	
QCM 2	A -	V	4	• Hémoptysie massive = URGENCE THERAPEUTIQUE • Les patients meurent d'asphyxie(de noyade) : PROTEGER poumon qui ne saigne pas - Décubitus latéral gauche (foyer de crépitant gauche = hemorragie JPDC) - Intubation sonde à double lumière : empèche sang d'aller noyer l'autre poumon - L'oxygénothérapie à la lunette ne sera pas suffisante si Hémoptysie massive .. • Associer les mesures de réanimation classique : - Remplissage vasculaire car hemorragie massive (donc mettre une voie veineuse!!) - Appel du réanimateur • Traitement étiologique : - LE TRAITEMENT de l'hémoptysie massive est l'embolisation - En attendant sa réalisation : terlipressive = vasoconstricteur IV en urgence - Fibroscopie inutile et pas le temps d'aller à l'angio-scan si hémoptysie massive
	B -	F	2	
	C -	F	2	
	D -	V	4	
	E -	F	1	
	F -	F	1	
	G -	V	4	
	H -	V	4	
	I -	V	4	
	J -	V	4	

QCM 3	A -	V	4	• Insuffisance rénale organique ici : - Petit truc : diviser créatinine par 10; si valeur absolue creat > urée = organique • Présence d'un Sd glomérulaire (=glomérulonéphrite) : - Protéinurie > 1gr/L - Hématurie - Cylindre hématique signe l'origine glomérulaire (spécifique ++) • Cockroft utiliser aproximation pour calcul à la main : - 1,00 (femme) ou 1,25 (homme) x (140-age) x poids / creatinine • Insuffisance rénale aigue et donc glomérulonéphrite rapidement progressive car : - Fonction rénale normale 3 mois plus tot - Pas d'hypocalcémie, reins de taille normale - L'anémie est en rapport avec l'hémorragie alvéolaire
	B -	F	2	
	C -	V	4	
	D -	F	2	
	E -	F	2	
	F -	V	4	
	G -	F	2	
	H -	V	4	
	I -	F	2	
	J -	V	4	
QCM 4	A -	V	4	• Savoir interpreter un gaz du sang ! - pH > 7,42 donc alcalose non compensée - PCO2 < 38mmHg donc hypocapnie : origine respiratoire - HCO3- entre 22 et 25 mmol/L : pas de compensation rénale (aigu) - PO2 < 70mmHg : hypoxémie • Lavage broncho-alvéolaire : - > 150G/L (250 chez le fumeur) = alvéolite (infiltration de cellules inflammatoire) - Le type de cellule indique le type d'inflammation et l'étiologie - Les sidérophages sont pathognomoniques d'hémorragie alvéolaire - Ce sont des macrophages ayant phagocyté du fer (celui de l'hémoglobine)
	B -	F	4	
	C -	V	5	
	D -	V	5	
	E -	V	4	
	F -	F	4	
	G -	F	4	
QCM 6	A -	V	5	• Beaucoup de noms propres en immunologie ... • Principales vascularites sont à connaitre (par type de vaisseau atteint++) (voir encadré) • Dans notre cas clinique : - Atteinte capillaires glomérulaires et alvéolaires - Donc vascularite des PETITS VAISSEAUX - Donc : Wegener / Churg et Strauss / Micropolyangéite ou Goodpasture - MAIS pas d'EOSINOPHILIE ou d'asthme on élimine donc Churg et Strauss
	B -	V	5	
	C -	F	3	
	D -	V	5	
	E -	V	5	
	F -	F	4	
	G -	F	3	
QCM 8	A -	F	3	• Avoir quelques notions en histologie (Horton / vascularites) : • On analyse toujours de la même façon : - Microscopie optique : - Prolifération cellulaire ? Où ? - Nécrose fibrinoïde dans vascularite nécrosante - Nombre de glomérules sclérosés = détruits = non accessible au traitement ? - Immunofluorescence : - Recherche des dépots d'immunoglobulines - Localisation + type d'Ig informe sur étiologie - ABSENTs dans les vascularites à ANCA (dites pauci-immunes)
	B -	V	5	
	C -	V	5	
	D -	F	3	
	E -	F	4	
	F -	V	5	
	G -	V	5	
QCM 10	A -	V	4	• L'hyperkaliemie est une urgence vitale à connaitre par coeur ! • Le gluconate de calcium contrecarre l'effet hypo-excitant du potassium • Trois type de méthodes pour faire baisser la kaliémie : - Augmenter passage intra-cellulaire de potassium : × Insuline-glucose × Les béta-2 mimétiques (en aérosols plutôt) × Alcalinisation par bicarbonate de sodium - Augmenter excretion de potassium : × Furosémide IV × Kayexalate per os ou intra-rectal ++ - L'épuration extra-rénale : × Indiquée en urgence car anurie + OAP + signes ECG • PIEGE : Contre indication bicarbonate ici car OAP (contient beaucoup de sodium !!!)
	B -	V	4	
	C -	V	4	
	D -	F	2	
	E -	V	4	
	F -	V	4	
	G -	V	4	
	H -	V	4	
			210	**Total QCM**

	Réponses	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QROC 5	• Echographie • rénale	20 10	• Réflexe sous-cortical en médecine : • Insuffisance rénale aigue = Echographie rénale systématique • Elle permet d'éliminer une cause obstructive de l'insuffisance rénale • Qui serait traitée par simple dérivation des urines
QROC 7	• Ponction-biopsie • rénale	20 10	• Examen clé des glomérulonéphrite (sauf diabète) • Triple interêt : - Diagnostic - Thérapeutique - Pronostic
QROC 9	× Hyperkaliémie	30	• Sans voir l'ECG, trouble cardiaque chez insuffisant rénal aigu anurique = HYPERKALIEMIE • L'examen de l'ECG enlève tout doute restant
		90	**Total QROC**



UE & ITEMS ABORDES

TYPE	ITEMS		INTITULES
	UE	NUMERO	
Question principale	7	189	Vascularites
Questions accessoires	7 8 8	201 265 258	Hémoptysie Troubles de l'équilibre hydro-électrolytique Néphropathies glomérulaires



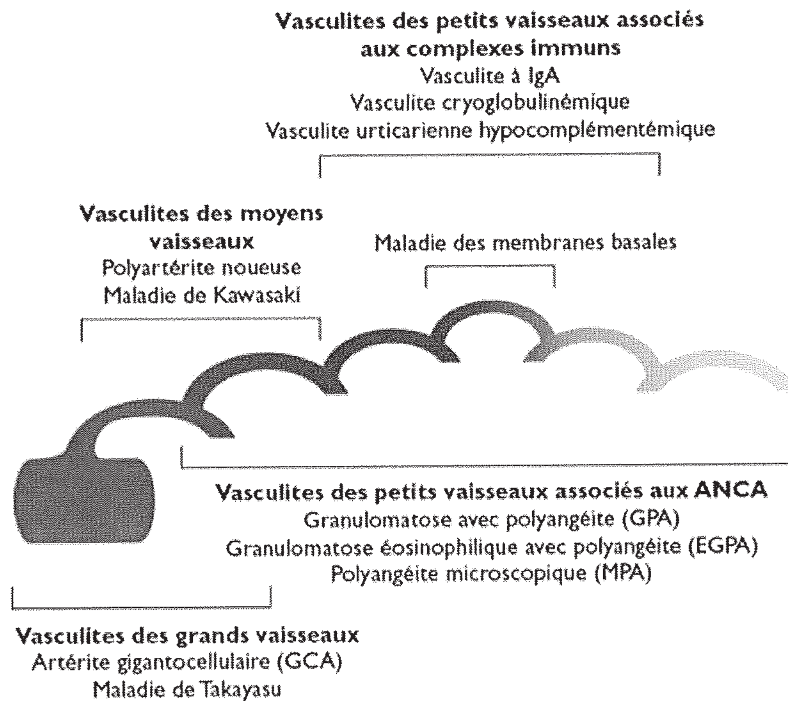
LE + : POUR MIEUX ASSIMILER

FICHE DE SYNTHESE
(POINTS CLES UE POUR MIEUX REPONDRE AUX DOSSIERS CLINIQUES PROGRESSIFS)

Petit rappel sur la prise en charge des hémoptysies :

- C'est toujours un saignement GRAVE, même si abondance faible
- Dans tout les cas :
  - Une surveillance rapprochée clinique + du débit de l'hémoptysie est indispensable (crachoir gradué)
  - Pose d'une voie veineuse périphérique
  - Bilan pré-transfusionnel
  - Prévenir la réanimation et le radio interventionnel (ou transfert dans un hopital avec une plateforme de radio-interventionnel ++)
  - Décubitus latéral du coté du saignement si connu et protection des voies aériennes supérieures
  - Perfusion d'acide tranexamique si saignement actif (anti-fibrinolytique)

- La prise en charge dépend de la présentation :
  - Hémoptysie non massive sans saignement actif dans l'immédiat :
    - × TDM pulmonaire injecté (au temps bronchique) pour localiser le saignement
    - × Fibroscopie bronchique à visée diagnostique et thérapeutique (mais peu efficace)
  - Hémoptysie non massive avec saignement actif :
    - × Fibroscopie bronchique en 1er à visée diagnostique et thérapeutique
    - × Puis TDM pulmonaire injecté (au temps bronchique) pour guider eventuelle embolisation
    - × +/- Embolisation si persistance du saignement
  - Hémoptysie massive :
    - × Mesures de réanimation (mise en condition)
    - × Intubation sonde double lumière ou sélective du coté sain
    - × Perfusion Terlipressine IV (vasoconstricteur)
    - × Embolisation en radiologie interventionelle en urgence
    - × Si échec : chirurgie d'hémostase ..



FICHE CONSENSUS (CONFERENCES DE CONSENSUS et RECOMMANDATIONS)	
Chapel Hill 2012	**Classification des vascularites primitives**

- Les spécialistes ont classé les vascularites par la taille des vaisseaux atteints
- Cette classification nosologique n'est pas qu'intellectuelle car elle permet de poser le diagnostic en fonction de l'atteinte de la maladie
- Voici les principales vascularites primitives, à titre informatif.

- Vascularite des gros vaisseaux (aorte / crosse / artère sous clavière/ artère temporale) :
  - Maladie de Horton (sujet agé)
  - Maladie de Takayasu (femme jeune)

- Vascularite des vaisseaux de taille moyenne (artère rénale / artère mésentérique / coronaires) :
  - Péri-artérite noueuse
  - Maladie de Kawasaki

- Vascularite des petits vaisseaux (capillaires de toute localisation : rein / cerveau / poumon = gravité) :
  - Vascularite à ANCA :
  - Polyangéite avec granulome (Maladie de Wegener)
  - Polyangéite avec granulome à Eosinophiles (Syndrome de Churg et Strauss)
  - Polyangéite microscopique
  - Vascularite non à ANCA :
  - Syndrome des anticorps anti-membrane basale glomérulaire (Sd de Goodpasture)
  - Purpura rhumatoïde
  - Vascularite cryoglobulinémique

- Vascularite pouvant toucher les vaisseaux de tout calibre :
  - Maladie de Behçet

Notes personnelles

UE dossier clinique progressif N° 8

Guillaume est plein de granulomes

1 Enoncé

Vous faites l'admission dans votre service de Guillaume D. 24 ans, expatrié français aux Antilles avec sa famille revenant en France pour terminer ses études.
Il se sent fatigué depuis plusieurs mois, a perdu 3 kg (pèse actuellement 70kg pour 1m80). Il rapporte également une fébricule à 37,9° depuis plusieurs semaines ainsi qu'une toux sèche.
Il n'a aucun antécédent notable et a été vacciné contre le BCG dans l'enfance.
Il est hospitalisé ce jour pour un bilan, suite à l'apparition de lésions cutanées ayant inquiété son médecin traitant, celui-ci pensant à une maladie tropicale.
Celle-ci sont à type de nouures profondes, douloureuses, sur peau erythémateuse, limitées aux deux jambes.
Il n'y a pas d'adénopathie périphérique, l'abdomen est souple, le foie est palpable à l'inspiration.

QCM 1	Quelles sont les étiologies à évoquer en priorité devant ce type de lésion cutanée ? (Jusqu'à 8 réponses)
A -	Infection au Streptocoque
B -	Infection à Yersinia
C -	Sarcoïdose
D -	Tuberculose
E -	Enterocolopathie (Maladie de Crohn ou Recto-colite hemorragique)
F -	Prise médicamenteuse
G -	Maladie de Behçet
H -	Une biopsie de cette lésion aide à avancer dans la reflexion diagnostique

QCM 2	La radiographie thoracique prescrite vous est donnée à interprétation. Quelles sont les 3 étiologies à évoquer en priorité devant ces images ? (Jusqu'à 3 réponses)
A -	Endocardite infectieuse
B -	Lymphome
C -	Tumeur bronchique
D -	Oedème aigu du poumon
E -	Sarcoïdose
F -	Tuberculose pulmonaire
G -	Pneumopathie aigue infectieuse

QCM 3	Vous suspectez en priorité une sarcoïdose. Quel bilan prescrivez-vous ? (Jusqu'à 11 réponses)
A -	IDR à la Tuberculine
B -	Examen ophtalmologique
C -	Exploration fonctionelles respiratoires avec mesure du DLCO
D -	Dosage de l'enzyme de conversion de l'angiotensine
E -	Bilan phospho-calcique plasmatique et urinaire
F -	Bilan hépatique
G -	Electrophorèse des protéines plasmatiques
H -	Sérologie VIH
I -	Electro-cardiogramme
J -	Ionogramme, urée et créatinine
K -	Ponction lombaire

QCM 4	**L'intradermo réaction à la tuberculine est négative (absence de papule). Les explorations fonctionelles respiratoires retrouvent un syndrome restrictif modéré et une diminution du DLCO. L'examen ophtalmologique est normal. L'electrophorèse des protéines montre une hypergammaglobulinémie polyclonale. L'enzyme de conversion de l'angiotensine est augmenté à 2N. La sérologie VIH est normale, de même que la fonction rénale. Le bilan hépatique montre : ASAT : 3N ; ALAT : 2N; PAL 4N; Bilirubine N; GGT 3N. Le bilan phosphocalcique montre : Calcémie : 2,7mM; Albumine : 42g/L; Phosphore : 1,5 mM (N: 0,7-1,4mM); calciurie à 2 fois la normale L'ECG montre des signes d'hypercalcémie, quels sont-ils ? (Jusqu'à 5 réponses)**

A - Tachycardie sinusale
B - Bradycardie sinusale
C - Applatissement de l'onde T
D - Onde T pointue
E - Allongement du PR
F - Raccourcissement du PR
G - Allongement du QT
H - Raccourcissement du QT
I - Trouble du rythme ventriculaire

QCM 5	**Une fibroscopie bronchique avec lavage broncho-alvéolaire et biopsies bronchiques étagées est réalisée. Quelles sont les réponses exactes concernant les résultats de ces examens dans le cadre d'une Sarcoïdose ? (Jusqu'à 5 réponses)**

A - Une alvéolite lymphocytaire
B - Une alvéolite à polynucléaires neutrophiles
C - Un rapport lymphocytes CD4/CD8 > 3
D - L'absence d'alvéolite
E - L'absence de Bacile acido-alcoolo-resistant à l'examen direct
F - La présence de granulome giganto-cellulaires avec nécrose caséeuse
G - La présence de granulome giganto-cellulaires sans nécrose caséeuse
H - Des biopsies bronchiques normales éliminent une sarcoïdose

QCM 6	**Les biopsies bronchiques sont normales. Quels prélèvement pourraient confirmer le diagnostic de sarcoïdose chez cette patiente ? (Jusqu'à 5 réponses)**

A - Ponction biopsie-hépatique
B - Ponction biopsie ganglionnaire par écho-endoscopie
C - Biopsie trans-bronchique
D - Médiastinoscopie
E - Ponction articulaire de cheville

QROC 7	**Quel dosage biologique manquant est indispensable au diagnostic étiologique de l'hypercalcémie ? Texte libre (1 à 3 mots)**

QCM 8	**Le dosage de la PTH est inférieure aux normes du laboratoire. Quelle est la cause la plus probable de cette hypercalcémie ? (1 réponse)**

A - Hyperparathyroïdie primaire
B - Hyperthyroïdie
C - Atteinte osseuse de la sarcoïdose
D - Augmentation des taux de calcitriol par la 1α-hydroxylase secrétée par les granulomes
E - Séjour aux Antilles

QROC 9	**Vous décidez de traiter le patient compte tenu de l'atteinte multi-systémique. Une corticothérapie est envisagée en première intention. Quel traitement médicamenteux doit obligatoirement précéder la corticothérapie chez ce patient (DCI) ? (1 mot)**

QROC 10	**Un an plus tard vous revoyez le patient en consultation, celui-ci ne prend plus son traitement depuis 2 semaines.** **Il se sent très asthénique, tenant à peine debout et a perdu 3kg.** **Quelles sont vos 2 hypothèses principales concernant son état actuel ?** **(4 mots)**

2 Corrigé



LE + : PREMIERE LECTURE, CONSEILS ET ASTUCES

- **Appréciation globale et difficulté du dossier clinique progressif :**
  - Dossier de sarcoïdose
  - Difficulté : 2/3
  - A classer en 2ème position parmi les 3 dossiers de l'épreuve
- **Zéros et mots clés à inscrire sur le brouillon :**
  - Sarcoïdose = éliminer TUBERCULOSE
  - Sarcoïdose avec atteinte systémique : preuve histologique
- **Astuces, réflexes et pièges QCM / QROC :**
  - Calcémie = corriger avec albumine
  - Dyscalcémie = ECG



GRILLE DE CORRECTION & COMMENTAIRES

<table>
<tr><th></th><th></th><th>V F</th><th>Cotation</th><th>Commentaires, conseils et coaching</th></tr>
<tr><td rowspan="8">QCM 1</td><td>A -</td><td>V</td><td>3</td><td rowspan="8">• Cette lésion est un érythème noueux
• Multiples étiologies possibles, celle à savoir sont :
• SYSTEM B
- Streptocoque
- Yersiniose
- Sarcoïdose
- Tuberculose
- Entérocolopathie (Crohn et RCH)
- Médicament
- Behçet
• Sans oublier .. Idiopathique : pas de cause retrouvée dans 30% des cas</td></tr>
<tr><td>B -</td><td>V</td><td>3</td></tr>
<tr><td>C -</td><td>V</td><td>3</td></tr>
<tr><td>D -</td><td>V</td><td>3</td></tr>
<tr><td>E -</td><td>V</td><td>3</td></tr>
<tr><td>F -</td><td>V</td><td>3</td></tr>
<tr><td>G -</td><td>V</td><td>3</td></tr>
<tr><td>H -</td><td>F</td><td>9</td></tr>
<tr><td rowspan="7">QCM 2</td><td>A -</td><td>F</td><td>3</td><td rowspan="7">• Cette radiographie montre :
- Adénopathies hilaires bilatérales
- Adénopathies médiastinales (comblement bouton aortique)
- Syndrome interstitiel
• Tuberculose, Sarcoïdose et Lymphome sont à évoquer en 1ère intention</td></tr>
<tr><td>B -</td><td>V</td><td>5</td></tr>
<tr><td>C -</td><td>F</td><td>4</td></tr>
<tr><td>D -</td><td>F</td><td>4</td></tr>
<tr><td>E -</td><td>V</td><td>5</td></tr>
<tr><td>F -</td><td>V</td><td>5</td></tr>
<tr><td>G -</td><td>F</td><td>4</td></tr>
<tr><td rowspan="11">QCM 3</td><td>A -</td><td>V</td><td>2,5</td><td rowspan="11">• Bilan systématique à prescrire devant toute sarcoïdose (cf collège pneumologie)
• Ponction lombaire n'est pas à réaliser si pas de signe neurologique
• IDR à la tuberculine a deux interêt :
- En faveur sarcoïdose : pas de réaction = anergie
- En faveur TB = principal diagnostic différentiel : grosse réaction</td></tr>
<tr><td>B -</td><td>V</td><td>2,5</td></tr>
<tr><td>C -</td><td>V</td><td>2,5</td></tr>
<tr><td>D -</td><td>V</td><td>2,5</td></tr>
<tr><td>E -</td><td>V</td><td>2,5</td></tr>
<tr><td>F -</td><td>V</td><td>2,5</td></tr>
<tr><td>G -</td><td>V</td><td>2,5</td></tr>
<tr><td>H -</td><td>V</td><td>2,5</td></tr>
<tr><td>I -</td><td>V</td><td>2,5</td></tr>
<tr><td>J -</td><td>V</td><td>2,5</td></tr>
<tr><td>K -</td><td>F</td><td>5</td></tr>
</table>

QCM 4	A -	V	4	• A connaitre sur le bout des doigts : urgence médicale • Mnémotechnique : • Ta Raquette Plate Perds son Rythme - Tachycardie sinusale - Raccourcissement du QT - aPlatissement de l'onde T - PR allongé - Trouble du Rythme ventriculaire (ESV)
	B -	F	2,5	
	C -	V	4	
	D -	F	2,5	
	E -	V	4	
	F -	F	2,5	
	G -	F	2,5	
	H -	V	4	
	I -	V	4	
QCM 5	A -	V	5	• Le LBA dans la sarcoïdose montre classiquement : - Alvéolite : > 150G/L cellules (250G/L chez le fumeur) - Prédominance lymphocytaire - Prédominance lymphocytes CD4 : ratio CD4/CD8 >= 3 • L'histologie retrouve des granulomes tuberculoïdes sans nécrose caséeuse • Il faut ABSOLUMENT ELIMINER une TUBERCULOSE = diagnostic différentiel principal • Les biopsies bronchiques sont négatives dans 1/3 des cas …
	B -	F	2,5	
	C -	V	5	
	D -	F	2,5	
	E -	V	5	
	F -	F	2,5	
	G -	V	5	
	H -	F	2,5	
QCM 6	A -	V	5	• Dans la sarcoïdose grave (avec retentissement multi-organe) une histologie est nécéssaire • Si les sites d'accès facile sont non contributifs (glande salivaire acc,. peau, bronchique) • Biopsie hépatique (car atteinte hépatique); pulmonaire (transbronchique) sont rentables • La médiastinoscopie pour biopsie ganglionnaire a presque 100% de rentabilité • La ponction articulaire n'est pas une histologie
	B -	V	5	
	C -	V	5	
	D -	V	5	
	E -	F	10	
QCM 8	A -	F	0	• La PTH basse élimine l'hyperparathyroïdie primaire (la + frequente à cet age) • Les macrophages composants les granulomes synthétisent la 1α-hydroxylase - Transforme la 25(OH) vitamine D : forme de stockage - En 1,25(OH)2 vitamine D : forme active (=calcitriol) - Responsable d'une hypercalcémie avec hyperphosphorémie
	B -	F	0	
	C -	F	0	
	D -	V	30	
	E -	F	0	
			210	**Total QCM**

QROC 7	• PTH ou 1-84 PTH ou parathormone • •	30	• La réflexion autour d'une hypercalcémie se fait sur : - La phosphorémie - La calciurie - La Parathormone +++ (donnée manquante ici)
QROC 9	• Ivermectine • •	30	• Patient originaire des Antilles • Corticothérapie le met à risque d'ANGUILLULOSE MALIGNE • Traitement présomptif SYSTEMATIQUE par ivermectine
QROC 10	• Récidive • Insuffisance surrénale aigue	15 15	• Altération de l'état général après arrêt corticothérapie • Evoquer ces deux hypothèses ++ • Traitement par hydrocortisone en urgence
		90	**Total QROC**



UE & ITEMS ABORDES

TYPE	ITEMS		INTITULES
	UE	NUMERO	
Question principale	7	207	Sarcoïdose
Questions accessoires	8	266	Hypercalcémie
	10	326-1	Surveillance traitement anti-inflammatoire stéroïdiens



LE + : POUR MIEUX ASSIMILER

FICHE DE SYNTHESE
(POINTS CLES UE POUR MIEUX REPONDRE AUX DOSSIERS CLINIQUES PROGRESSIFS)

La sarcoïdose :

- Granulomatose systémique non nécrosante pouvant toucher tout les organes
- Physiopathologie :
  - Réaction inflammatoire contre un antigène inconnu
  - Formation d'un granulome de lymphocytes principalement CD4 (Type Th1)
- Epidémiologie :
  - Terrain : pic d'incidence entre 20 et 40 ans, deuxième pic après la ménopause
  - Très légère prédominance féminine
  - Les sujets fumeurs semblent moins touchés.
  - Les sujets noirs ont des formes souvent plus graves
- Diagnostic :
  - Il est primordial d'éliminer un diagnostic différentiel (Tuberculose++) si corticothérapie envisagée
  - Les formes bénignes pourront être surveillées si les biopsies bronchiques sont négatives (bénéfice-risque de la médiastinoscopie défavorable)
- Forme clinique : Le syndrome de Lofgren :
  - Fièvre
  - Erythème noueux
  - Arthralgie (chevilles++)
  - Adénopathies hilaires bilatérales
  - Cette forme clinique est d'évolution benigne de façon constante
  - Elle ne nécessite pas de confirmation histologique

UE dossier clinique progressif N° 9

Anne-sophie fait trop pipi

1 Enoncé

Vous examinez aux urgences Mme Anne-Sophie H. 22 ans, pour une fatigue et une perte de poids depuis quelques semaines. Cette étudiante infirmière dit manger avec grand appétit mais perd encore des kilos.. Elle met ça sur le compte de son dernier stage, très intense, la faisant manger à des heures irrégulières. Elle dit cependant bien s'hydrater en buvant plus de 4L par jours, mais reste très génée par des mictions fréquentes, l'obligeant à se lever 2 fois par nuit. Elle a excellente mine et à l'air de revenir de vacances, elle vous affirme pourtant voir à peine le soleil.
Son poids est de 48kg pour 1m72, sa tension est à 110/80 avec un pouls à 102/min, la saturation est à 99% en air ambiant, la fréquence respiratoire à 13 par minutes avec des inspirations très profondes et la température est à 37,3°C. Les bruits du coeurs sont réguliers, sans souffle. Vous retrouvez un léger pli cutanée; il n'y a pas de brulures mictionnelles et les fosses lombaires sont libres. L'abdomen est douloureux, sans défense ni organomégalie. La patiente se sent nauséeuse, elle a vomi 2 fois ce jour. Elle est somnolente, avec un score de glasgow à 13/15.

QCM 1	Quelles sont les signes de deshydratation extra-cellulaire présents ou à rechercher ? (Jusqu'à 7 réponses)
A -	Perte de poids
B -	Pli cutanée
C -	Sécheresse muqueuse
D -	Tachycardie
E -	Hypotension orthostatique
F -	Pression artérielle pincée
G -	Hyperthermie
H -	Temps de recoloration cutanée supérieur à 3 secondes

QCM 2	Quels sont les 2 examens simples à réaliser en priorité aux urgences pour avancer sur le plan diagnostic? (Jusqu'à 2 réponses)
A -	NFS
B -	Ionogramme sanguin
C -	Dextro
D -	Bandelette urinaire
E -	CRP
F -	Gaz du sang
G -	ECG
H -	BNP
I -	Troponine

QCM 3	Quels sont les 3 diagnostics non chirurgicaux sont à évoquer en priorité devant ce tableau ? (Jusqu'à 3 réponses)
A -	Hypercalcémie
B -	Sepsis sévère
C -	Acido-cétose diabétique
D -	Allergie alimentaire
E -	Toxi-infection alimentaire
F -	Insuffisance surrénale aigue

QCM 4	Les examens biologiques vous reviennent : NFS : Hb = 17g/dL; Leucocytes = 12G/L don't 8G/L polynucléaires; plaquettes = 550G/L Ionogramme : Na+ = 130 mM; Cl- = 97mM; HCO3- = 8mM; K+ = 6,9mM; créatinine = 70mM Gaz du sang : pH = 7,22; PO2 = 120mmHg ; PCO2 = 19 mmHg; Glycémie = 28mM Bandelette urinaire : Glucose +++; Cétones ++++; leucocytes -; sang -; nitrites - Quels sont les propositions exactes concernant ces résultats ? (Jusqu'à 9 réponses)

A - Acidose métabolique
B - Acidose respiratoire associée
C - Compensation respiratoire adaptée mais incomplète
D - Hyponatrémie vraie
E - Trou anionique normal
F - Trou anionique élevé
G - Hémoconcentration
H - Hyperglycémie
I - Hyperkaliémie
J - Hypokalicytie
K - Acido-cétose aigue

QCM 5	Vous diagnostiquez une acido-cétose diabétique inaugurale d'un diabète de type 1. Quelles sont vos traitements ? (Jusqu'à 8 réponses)

A - Transfert en réanimation
B - Urgence thérapeutique
C - Insulinothérapie forte dose
D - Arrêt de l'insulinothérapie dès disparition de l'hyperglycémie
E - Supplémentation potassique
F - Réhydratation massive par sérum glucosé
G - Réhydratation massive par sérum salé isotonique
H - Surveillance efficacité par la bandelette urinaire
I - Traitement hypokaliémiant

QROC 6	La patiente est traitée et rentre à domicile avec une insulinothérapie adaptée. Vous revoyez la patiente 2 ans plus tard, elle est en arrêt de travail depuis 10 jours pour asthénie importante. Elle a perdu plusieurs kilos et ses glycémies restent entre 0,4 et 0,6 en pré-prandial malgré une importante diminution de ses doses d'insulines. La pression artérielle est à 82/52mmHg, le pouls à 123/min, la saturation à 99% en air ambiant. Elle présente des signes de déshydratation extra-cellulaire. Quel diagnostic suspectez vous en priorité ? Texte libre (1 à 3 mots)

QCM 7	Vous évoquez une insuffisance surrénale aigue Quelles sont les 2 étiologies les plus fréquentes d'insuffisance surrénale ? (Jusqu'à 2 réponses)

A - Hémorragie bilatérale des surrénales
B - Méningococcémie aigue (Syndrome de Waterhouse Friedricksen)
C - Tuberculose bilatérale des surrénales
D - Infection par le VIH
E - Rétraction auto-immune bilatérale des surrénales
F - Sarcoïdose
G - Métastase surrénalienne bilaterale
H - Adrénoleucodystrophie
I - Hyperplasie congénitale des surrénales
J - Syndrome des anti-phospholipides

QCM 8	Comment pourriez-vous confirmer votre diagnostic ? (Jusqu'à 6 réponses)

A - Cortisolémie à 8h
B - Cortisolurie des 24h
C - Aldostéronémie
D - Dosage ACTH à 8h
E - Test au synactène
F - Métanéphrine et normétanéphrine sérique
G - Test thérapeutique par hydrocortisone IV
H - Le test thérapeutique doit être réalisé après les prélévements de 8h

QCM 9	**Vous revoyez la patiente 6 mois après. Elle dit prendre convenablement l'ensemble de ses traitements. Son HbA1c est à 6,2%. Elle se plaint d'une légère fatigue, une lenteur d'idéation et une prise de poids récente. Elle est devenue très frileuse et est obligée de mettre 2 pulls quand elle sort. L'examen physique est normal. Vous examinez son ordonnance qui est inchangée exceptée du lactulose, instauré par son médecin traitant. Que soupçonnez-vous en priorité? (Une seule réponse)**

A - Inobservance de l'insulinothérapie
B - Inobservance du traitement de l'insuffisance surrénalienne
C - Syndrome dépressif
D - Trouble somatoforme
E - Thyroïdite auto-immune
F - Maladie de Basedow



QCM 10	**En examinant la patiente vous retrouvez cette lésion, quel est votre diagnostic ? (Jusqu'à 1 réponse)**

A - Vitiligo
B - Phénomène de Sutton
C - Phénomène de Koebner
D - Phénomène de Raynaud
E - Erythème noueux
F - Erythème migrant
G - Erythème polymorphe
H - Pytiriasis versicolor

2 Corrigé



LE + : PREMIERE LECTURE, CONSEILS ET ASTUCES

- **Appréciation globale et difficulté du dossier clinique progressif :**
  - Dossier classique d'endocrinologie
  - Difficulté : 1/3
  - A classer en 1ère position parmi les 3 dossiers de l'épreuve
- **Zéros et mots clés à inscrire sur le brouillon :**
  - Hyperglycémie = BU
  - Penser à l'insuffisance surrénale aigue
- **Astuces, réflexes et pièges QCM / QROC :**
  - Diabète type 1 = recherche thyroïdite
  - Hyperkaliémie = ECG



GRILLE DE CORRECTION & COMMENTAIRES

		V F	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QCM 1	A -	V	4	• Question de cours à bien connaitre !! • Perte de poids classique mais moins interpretable dans ce cas là • Hypotension orthostatique souvent le premier signe à apparaitre • Pression artérielle pincée : PAS et PAD sont rapprochée - Signe de vasoconstriction - Signe précédant souvent un choc hypovolémique/hémorragique …
	B -	V	4	
	C -	F	3	
	D -	V	4	
	E -	V	4	
	F -	V	4	
	G -	F	3	
	H -	V	4	
QCM 2	A -	F	3	• Forte suspicion dans ce cas là d'acido-cétose • La respiration profonde et lente = respiration de Kussmaul - Correspond à la compensation respiratoire - Polypnée -> baisse PCO2 • Suspicion d'acido-cétose = BU + dextro • Le diagnostic est CLINIQUE
	B -	F	3	
	C -	V	4,5	
	D -	V	4,5	
	E -	F	3	
	F -	F	3	
	G -	F	3	
	H -	F	3	
	I -	F	3	
QCM 3	A -	V	10	• Question classique de l'internat • Il faut savoir évoquer ces 3 causes devant : - Malaise général / douleurs abdominales diffuses - Et déshydratation sur polyurie
	B -	F	0	
	C -	V	10	
	D -	F	0	
	E -	F	0	
	F -	V	10	
QCM 4	A -	V	3	• pH < 7,38 = Acidose NON compénsée (parfois appelé acidémie) • HCO3- < 22 = Métabolique • Reflexe : acidose = Trou anionique = - TA = Na – Cl – HCO3- = 25 > 16 donc élevé - Témoigne présence d'anions indosés (cétones dans ce cas là) • PCO2théorique = 1,5 x HCO3- + 8 +/- 2 = 20 -> Compensation adaptée • Osmolarité plasm = 2xNa + glycémie = 288 mM > 275 mM : fausse hyponatrémie • Diagnostic acido-cétose posé sur dextro + BU avec cétonurie majeure • Hyperkaliémie mais manque de K+ dans les cellules = hypokalicytie - Supplémentation IV systématique en K+ sauf si signe ECG d'hyperkaliémie - Car insuline va rapidement faire baisser la kaliémie
	B -	F	2	
	C -	V	3	
	D -	F	2	
	E -	F	2	
	F -	V	3	
	G -	V	3	
	H -	V	3	
	I -	V	3	
	J -	V	3	
	K -	V	3	

QCM 5	A -	V	4	• Urgence médicale à connaitre sur le bout des doigts : - Mise en condition : Réanimation / voie veineuse … - Ttt symptomatique : • Réhydratation IV massive par sérum salé isotonique; le G5 ne réhydrate pas • Supplémentation potassique IV - Ttt étiologique : Insuline au pousse seringue électrique après un bolus - Surveillance : × Efficacité : CETONURIE +++ / conscience / diurèse … × Tolérance : glycémie (hypo) / KALIEMIE (=ECG) … • Si hypoglycémie on perfuse du G10% on NE BAISSE PAS l'insuline
	B -	V	4	
	C -	V	4	
	D -	F	2	
	E -	V	4	
	F -	F	2	
	G -	V	4	
	H -	V	4	
	I -	F	2	
QCM 7	A -	F	0	• Question de cours • Etiologie auto-immune = la plus fréquente - Présence Ac anti 21 hydroxylase • En deuxième la tuberculose - Calcification surrénalienne bilatérale sur l'ASP = pathognomonique
	B -	F	0	
	C -	V	15	
	D -	F	0	
	E -	V	15	
	F -	F	0	
	G -	F	0	
	H -	F	0	
	I -	F	0	
	J -	F	0	
QCM 8	A -	V	4	• Déficit périphérique de la surrénale - Aldostérone et cortisol BAS - ACTH HAUT - Cortisolurie des 25 = pour diagnostiquer une HYPER-sécrétion • Pas d'atteinte de la sécrétion de la medullo-surrénale (catécholamines) • Le traitement par hydrocortisone est une URGENCE et un test DIAGNOSTIC
	B -	F	3	
	C -	V	4	
	D -	V	4	
	E -	V	4	
	F -	F	3	
	G -	V	4	
	H -	F	4	
QCM 9	A -	F	0	• Hba1c < 6,5 % donc observance insuline OK • Apparition frilosité + lenteuse idéation + asthénie + constipation (lactulose) - Evoquer en premier une hypothyroïdie - Compte tenu du contexte auto-immun (diabète type 1 et insuf surrénale) - Thyroïdite de Hashimoto = hypothèse la plus probable
	B -	F	0	
	C -	F	0	
	D -	F	0	
	E -	V	30	
	F -	F	0	
QCM 10	A -	F	0	• Phénomène de Sutton : - Naevus en cours de disparition - Entouré d'un halo de dépigmentation × Correspond à l'élimination par le système immunitaire d'un naevus × Phénomène bénin × Non marqueur d'auto-immunité • Ne pas confondre avec vitiligo = depigmentation auto-immune en plaques prédominant souvent aux extrémités (mains)
	B -	V	30	
	C -	F	0	
	D -	F	0	
	E -	F	0	
	F -	F	0	
	G -	F	0	
	H -	F	0	
			270	**Total QCM**

	Réponses	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QROC 6	• Insuffisance surrénale • aigue	20 10	• Savoir penser à l'insuffisance surrénale !! • Hypoglycémie / hypotension avec deshydratation • … Sur un terrain auto-immun (diabète de type 1)
		30	**Total QROC**



UE & ITEMS ABORDES

TYPE	ITEMS		INTITULES
	UE	NUMERO	
Question principale	8	245	Diabète de type 1
Questions accessoires	8	243	Insuffisance surrénale chez l'enfant et l'adulte
	8	240	Hypothyroidie



LE + : POUR MIEUX ASSIMILER

FICHE DE SYNTHESE
(POINTS CLES UE POUR MIEUX REPONDRE AUX DOSSIERS CLINIQUES PROGRESSIFS)

- Association clinique :
  - Diabète de type 1
  - Insuffisance surrénale lente (rétraction corticale auto-immune)
  - Thyroïdite auto-immune (de Hashimoto)
  - ➔ Probable poly-endocrinopathie auto-immune de type 1

- Insuffisance surrénale lente est une pathologie a bien connaitre
- Deux formes :
  - Périphérique :
    - × Destruction surrénale donc pas de sécrétion cortisol ET aldostérone
    - × Déficit cortisol : hypoglycémie / asthénie
    - × Déficit aldostérone (GRAVE) : deshydratation sévère par perte de sel / hyperkaliémie
    - × ACTH haut car rétrocontrole activé
    - × ACTH stimule le récepteur MSH mélanocytaire : Mélanodermie
  - Centrale :
    - × Déficit en ACTH d'origine centrale (tumeur ou ... ARRET BRUTAL CORTICOTHERAPIE !!)
    - × Donc déficit en cortisol : hypoglycémie / asthénie
    - × PAS de déficit en aldostérone : car non controlé par ACTH mais par la rénine-angiotensine
    - × ACTH BAS donc PALEUR

- Cette patiente avait une insuffisance surrénale lente (mélanodermie) qui s'est décompensé en IS aigue
- Le pronostic vital est engagé, le traitement est une urgence

- Il existe 3 situations où un patient peut faire une insuffisance surrénale aigue d'emblée :
  - Hemorragie bilatérale des surrénales sur surdosage en AVK
  - Syndrome de Waterhouse-Friedricksen : méningococcémie aigue avec CIVD et ISA
  - Syndrome de anti-phospholipides avec thrombose veineuse et nécrose hemorragie surrénale

Consensus

UE dossier clinique progressif N° 10

De la fièvre chez une migrante

1 Enoncé

Vous recevez en consultation Mme Rabia B. 34 ans d'origine maghrébine, en France depuis une dizaine d'années pour une fièvre persistante et une asthénie évoluant depuis 2 semaines. Elle a pour seul antécédent des angines à répétition dans l'enfance compliqué de manifestations articulaires et traitées à l époque par amoxiciline. Ce traitement avait été arrété en raison de la survenue d'une éruption maculopapuleuse sur le tronc. La patiente vous dit ne prendre actuellement aucun traitement. Depuis plusieurs semaines elle rapporte un amaigrissement de 3 kg et une asthénie intense associé à des sueurs. A l'examen physique sa température est de 38,7°C , la pression artérielle à 150/45 mmHg et sa fréquence cardiaque de 75/min. Vous retrouvez une splénomégalie à la palpation abdominale ainsi qu'une douleur lombaire à la percussion de l'épineuse de L3. L'inspection révèle une lésion érythematopapuleuse de la pulpe de l'index droit ainsi qu'une adénopathie sous angulo-maxillaire gauche de 1,5 cm de diamètre. Absence de signes d'insuffisance cardiaque droite ou gauche.

QCM 1	Quel diagnotic évoquez vous en premier devant l'ensemble de ce tableau clinique ? (une seule réponse)
A -	Spondylodiscite tuberculeuse
B -	Brucellose
C -	Leucémie aigue
D -	Endocardite infectieuse
E -	Myelome multiple
F -	Spondylodiscite à germes pyogènes isolée
G -	Lupus erythemateux systémique
H -	Primo-infection VIH
I -	Lymphome de Hodgkin

QCM 2	Quelles sont les caractériques du souffle cardiaque que vous vous attendez a retrouver à l'auscultation ? (Jusqu'à 5 réponses)
A -	Maximum au 2eme espace intercostal gauche
B -	Maximum au 2eme espace intercostal droit
C -	Humé , aspiratif
D -	Piolant en jet de vapeur
E -	Rapeux
F -	Irradiant dans l'aisselle gauche
G -	Irradiant dans les carotides
H -	Sans irraditations
I -	Maximum au 5ème espace intercostal gauche
J -	Maximum à la xyphoide
K -	Systolique
L -	Diastolique

QCM 3	Quels sont les examens complémentaires de confirmation du diagnostic à réaliser sans délai ? (Jusqu'à 2 réponses)

A - Echographie cardiaque transthoracique +/- oesophagienne
B - Radiographie du thorax
C - Radiographie du rachis lombaire
D - Orthopantomogramme
E - NFS-plaquettes
F - Hémocultures aéro et anaérobies
G - Ponction-biopsie discovertébrale
H - IRM rachidienne
I - Myélogramme
J - BK crachats
K - IDR à la tuberculine
L - Electrocardiogramme

QROC 4	Quel diagnostic étiologique posez-vous devant les antécédents de la patiente? (1 à 3 mots)

QCM 5	Quelles lésions visibles à l'échographie cardiaque peuvent être causées par une endocardite infectieuse? (Jusqu'à 7 réponses)

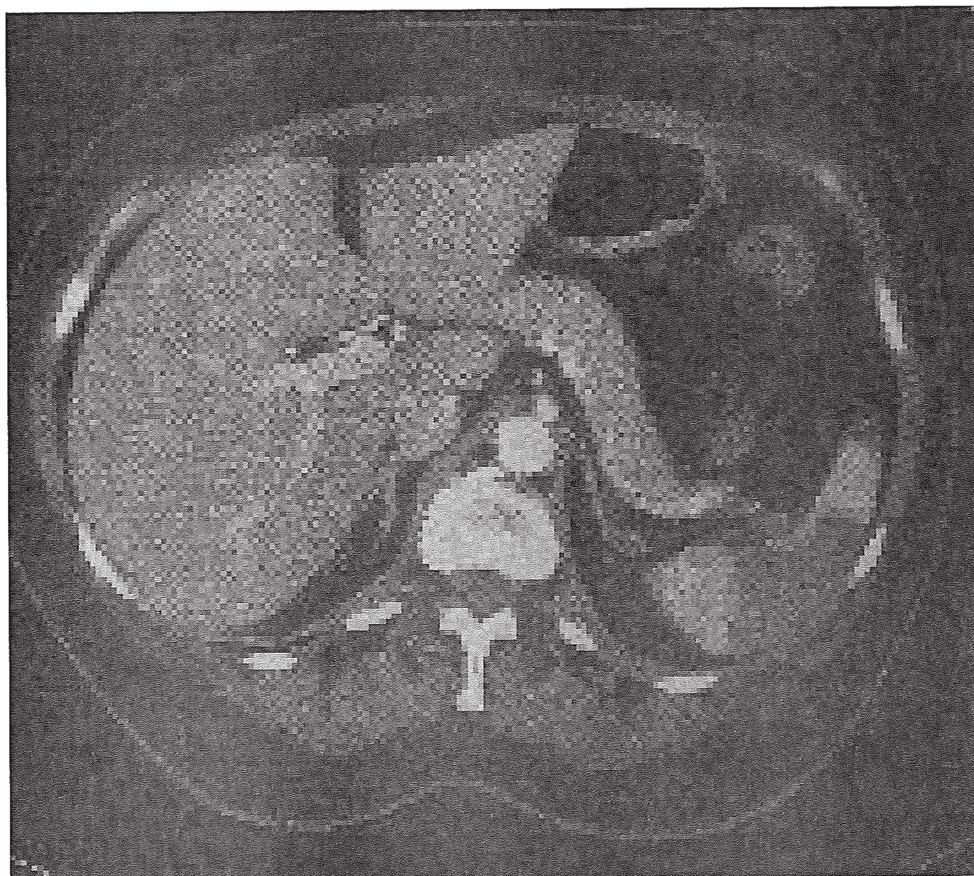
A - Végétations valvulaires
B - Perforations valvulaires
C - Rupture de pilier
D - Fusion commissurale
E - Rétraction des valves
F - Abcès septal
G - Rupture de cordage
H - Calcifications valvulaires
I - Bicuspidie

QROC 6	Les examens confirment le diagnostic d'endocardite infectieuse aortique sans localisation secondaire rachidienne. L'interrogatoire poussé de la patiente retrouve la réalisation d'un détartrage le mois dernier. Quel est l'agent infectieux suspecté ? (1 à 3 mots)

QCM 7	Quel traitement antibiotique prescrivez-vous et pour quelle durée ? (Jusqu'à 2 réponses)

A - Amoxiciline + Gentamycine
B - Pristinamycine
C - Pénicilline G
D - Oxaciline + Gentamycine
E - Vancomycine + Gentamycine
F - Amoxiciline- Acide clavulanique
G - Ciprofloxacine + Rifampicine
H - 7 jours
I - 2 semaines
J - 4 semaines
K - 6 semaines
L - 12 semaines

QROC 8	Dans ce contexte, comment interprétez-vous la lésion digitale présenté par la patiente ? (1 à 3 mots)



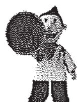
QCM 9	Après une évolution favorable de quelques jours sous antibiothérapie avec retour à l'apyrexie la patiente présente une vive douleur de l'hypochondre gauche. Vous décidez de réaliser un scanner abdominal. Quelles sont les réponses exactes ? (jusqu'à 5 réponses)

A - Sans injection
B - Avec injection
C - Rate homogène
D - Lésions hépatiques multiples
E - Rate hétérogène
F - Masse pancréatique de 3cm
G - En faveur d'un cancer du pancreas
H - En faveur d'un infarctus splénique
I - En faveur d'abcès hépatiques multiples

QCM 10	A distance de la phase aigue, la patiente subit un remplacement valvulaire aortique par valve mécanique associé a une anticoagulation au long cours par AVK. Quels consignes et mesures de suivi au long cours prodiguez-vous à la patiente ? (jusqu'à 10 réponses)

A - Antibioprophylaxie par Clindamycine en cas d'endoscopie digestive
B - Education du patient aux AVK avec carnet des AVK
C - Carte de cardiopathie à risque d'endocardite
D - Carte de patient sous AVK
E - Bilan dentaire et ORL annuels
F - Antibioprophylaxie par Amoxiciline en cas de soins dentaires à risque
G - Carte d'allergie médicamenteuse
H - Coronarographie annuelle
I - Suivi spécialisé cardiologique clinique annuel
J - ECG tous les 2 ans
K - Echographie cardiaque tous les ans
L - INR tous les 3 mois

2 Corrigé



LE + : PREMIERE LECTURE, CONSEILS ET ASTUCES

- **Appréciation globale et difficulté du dossier clinique progressif :**
  - Dossier d'endocardite infectieuse sur RAA + suivi d'un malade porteur de valve
  - Difficulté : 1/3
  - A classer en 1ère position parmi les 3 dossiers de l'épreuve
- **Zéros et mots clés à inscrire sur le brouillon :**
  - ALLERGIE A LA PENICILLINE à toujours rechercher et noter en grand sur le brouilllon
  - Femme jeune = B-HCG et contraception
  - Migrants = Tuberculose, VIH , Paludisme, Précarité (AME/CMU)
- **Astuces, réflexes et pièges QCM / QROC :**
  - Souffle + fièvre = endocartite
  -



GRILLE DE CORRECTION & COMMENTAIRES

		V F	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QCM 1	A -	F	0	L'endocardite infectieuse est le premier diagnostic a évoquer dans ce contexte: • Toute fièvre chez un patient valvulaire est une endocardite infectieuse jusqu'a preuvre du contraire ++++ • Ici l'épineuse douloureuse de L3 évoque une spondylodiscite compliquant l'endocardite infectieuse (à confirmer par Scanner, Scintigraphie osseuse ou IRM rachidienne), mode de révélation fréquent des EI.
	B -	F	0	
	C -	F	0	
	D -	V	30	
	E -	F	0	
	F -	F	0	
	G -	F	0	
	H -	F	0	
	I -	F	0	
QCM 2	A -	F	2	Question de cours • Bien connaitre les caractéristiques des souffles cardiaques (RA, IM et IA) Toujours évoquer une insuffisance aortique devant un élargissement de la différentielle de pression artérielle, très évocateur d' endocardite infectieuse (responsable d'insuffisance aortique +++) dans ce contexte même en l'absence de souffle audible .
	B -	V	4	
	C -	V	4	
	D -	F	2	
	E -	F	1	
	F -	F	1	
	G -	F	2	
	H -	V	4	
	I -	F	2	
	J -	F	2	
	K -	F	2	
	L -	V	4	
QCM 3	A -	V	15	2 examens à connaitre pour le diagnostic positif d'une endocardite infectieuse : • L'échographie cardiaque transthoracique +/- transoesophagienne +++ - Visualisation directe des lésions valvulaires • Hémocultures aéro et anaérobies +++ - Sur prélévement veineux × Au minimum 3 × Prévenir le laboratoire de la suspicion d' EI pour culture longue +++
	B -	F	0	
	C -	F	0	
	D -	F	0	
	E -	F	0	
	F -	V	15	
	G -	F	0	
	H -	F	0	
	I -	F	0	
	J -	F	0	
	K -	F	0	
	L -	F	0	

QCM 5	A -	V	4	Question de cours • Savoir reconnaitre les lésions valvulaires évocatrices d'EI sur valves natives (abcès, végétations, perforations, rupture de cordage) et prothétiques (désinsertion) • Fusions commissurales et rétractions valvulaires sont des lésions de RAA • Abcès septal à connaitre dans l'endocardite infectieuse aortique responsible d'un BAV - Parfois révélé par des syncopes à l'emporte-pièce - ECG +++
	B -	V	4	
	C -	F	3	
	D -	F	3	
	E -	F	3	
	F -	V	4	
	G -	V	4	
	H -	F	2,5	
	I -	F	2,5	
QCM 7	A -	F	0	Connaitre par coeur l'antibiothérapie dans l' EI , Pénicilline et alternative / valves natives ou prothétiques (cf. fiche de synthèse) ATTENTION à l'ALLERGIE A LA PENICILLINE +++ • A noter en rouge sur le brouillon • Toujours proposer une alternative à la pénicilline en cas d'allergie ++
	B -	F	0	
	C -	F	0	
	D -	F	0	
	E -	V	15	
	F -	F	0	
	G -	F	0	
	H -	F	0	
	I -	V	15	
	J -	F	0	
	K -	F	0	
	L -	F	0	
QCM 9	A -	F	2	Interprétation d'un scanner abdominal • Coupe axiale/sagittale • Avec injection/Sans injection • Au temps artériel/veineux/tardif Foie et pancréas normaux Rate prenant le contraste de manière hétérogène évoquant un infarctus splénique lié aux emboles septiques de l'endocardite infectieuse
	B -	V	4	
	C -	F	2	
	D -	F	2	
	E -	V	4	
	F -	F	2	
	G -	F	2	
	H -	V	4	
	I -	F	2	
	J -	F	2	
	K -	F	2	
	L -	F	2	
QCM 10	A -	F	2	Bien connaitre la surveillance d'un malade porteur de valve +++ (CLINIQUE ET PARACLINIQUE) Allergie médicamenteuse : • Carte d'allergie médicamenteuse • Contre indication à vie du ou des médicaments • Relais par une autre classe médicamenteuse • Déclaration à la pharmacovigilance • +/- Anapen si oèdeme de quincke ou choc anaphylactique Antibioprophylaxie par Amoxiciline ou si allergie Clindamycine seulement si cardiopathie à haut risque (groupe A) et si gestes dentaires à haut risques. (Avis d'experts Pilly) AVK = • Risque hémorragique et ARRET des AVK si geste invasif • Si EI sur valve mécanique ARRET DES AVK car risque de rupture d'anévrysme mycotique +++ . Faire un relais par HNF +++ et TDM cérébral systématique. • EDUCATION +++ (Carte de patient sous AVK, CI sports violents, pas d'aliments riches en AVK, connaitre INR cible , mode d'action du médicament , CAT en cas de surdosage et d'hémorragie, ...) • SURVEILLANCE +++
	B -	V	3	
	C -	V	3	
	D -	V	3	
	E -	V	3	
	F -	F	1	
	G -	V	3	
	H -	F	2	
	I -	V	3	
	J -	F	1	
	K -	V	3	
	L -	V	3	
			210	**Total QCM**

	Réponses	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QROC 4	- Rhumatisme - Articulaire - Aigu	10 10 10	• Principale cause de valvulopathies dans les pays en voie de développement. • Angines à répétition dans l'enfance chez un migrant d'afrique = suspicion de RAA. • Ici les manifestations articulaires apportent la quasi certitude du diagnostic.
QROC 6	- Streptocoques ou Streptococcus - Oraux ou Viridans	15 15	• Porte d'entrée dentaire suspectée = streptocoques oraux • Connaitre les porte d'entrée et les germes correspondants +++ (cf. objectifs de l'item) • Ne pas oublier le traitement de la porte d'entrée +++
QROC 8	- Faux - Panaris - D'Osler	10 10 10	• Signe classique d'EI localisé en général au niveau de la pulpe d'un doigt quasi-pathognomonique
		90	Total QROC



UE & ITEMS ABORDES

TYPE	ITEMS UE	ITEMS NUMERO	INTITULES
Question principale	6	149	Endocardite infectieuse
Questions accessoires	6	150	Surveillance des porteurs de valve
	8	231	Valvulopathies



LE + : POUR MIEUX ASSIMILER

FICHE DE SYNTHESE
(POINTS CLES UE POUR MIEUX REPONDRE AUX DOSSIERS CLINIQUES PROGRESSIFS)

- Cardiopathie à risques d'endocardite
  - Risque élevé : groupe A
    - Cardiopathie congénitale cyanogène
    - Prothèse valvulaire
    - Antécédent endocardite infectieuse
  - Risque modéré : groupe B
    - Valvulopathie : IAo > IM > Rao
    - Cardiomyopathie obstructive
    - Bicuspidie aortique (fréquente : 1% population!!)
- Portes d'entrées et germes correspondants :
  - Dentaire :
  - Streptococcus viridans
  - Digestif :
  - Streptococcus gallolyticus (ex. Bovis)
  - Enterococcus sp.
  - Peau :
  - Staphyloccocus aureus
  - Toxicomanes IV (endocardite du coeur droit avec abcès pulmonaire) :
  - Staphyloccocus aureus (endorcardite fulminante)
  - Stapylococcus coagulase négative (endocardite subaigue d'Osler)
  - Polymicrobien
  - Candida !!
  - Endocardite à hemocultures négatives :
  - HACCEK (Haemophilus, Actinetobacter, Cardiobactérium, Capnocytophagas, Eikenella, Kingella)
  - Intracellulaires : Coxiella (fièvre Q); Bartonella (fièvre des tranchée); Rickettsia
  - Champignons : Candida si immunodéprimé

FICHE CONSENSUS (CONFERENCES DE CONSENSUS et RECOMMANDATIONS)	
ESC 2009	**Antibioprophylaxie chez patient à risque endocardite infectieuse**

Antibioprophylaxie recommandée pour :

- Patient à haut risque d'endocardite : Groupe A
  - Cardiopathie congénitale cyanogène
  - Prothèse valvulaire
  - Antécédent endocardite infectieuse
- ET Geste dentaire à haut risque :
  - Extraction dentaire, chirurgie parodontale
  - Manipulation partie apicale ou gingivale dent
  - Perforation de la muqueuse orale (détartrage!!)
- Antibioprophylaxie :
  - Amoxicilline 2gr PO 1h avant le geste
  - Si allergie pénicilline : Clindamycine 600mg PO 1h avant geste

- Pas d'indication pour les autres gestes (coloscopie++) mais désaccords sociétés savantes ..

Notes personnelles

UE dossier clinique progressif N° 11

Une anémie microcytaire

1 Enoncé

Vous voyez en consultation Mlle Laura G., jeune femme de 22 ans pour une fatigue et une anémie que son médecin traitant n'arrive pas à corriger.
La patiente elle ne se plaint que d'une légère fatigue et d'une intolérance à l'effort mais "c'est comme ça depuis longtemps docteur!".
A l'examen clinique, la patiente est apyrétique, la pression artérielle à 122/77mmHg, le pouls à 92/minutes. L'examen cardio-vasculaire est sans particularité, a part un léger souffle cardiaque. L'auscultation pulmonaire est libre et symétrique. Il existe une paleur cutanéo-muqueuse marquée.

QCM 1	**Vous suspectez un souffle fonctionnel, quelles en sont les caractéristiques principales ? (Jusqu'à 6 réponses)**

A - Souffle systolique
B - Souffle diastolique
C - Modification selon position du patient
D - Abolition du B2
E - Absence de signes physiques cardiaques associés
F - Absence d'irradiation
G - Faible intensité du souffle

QCM 2	**Elle vous tend une NFS réalisée en ville : Leucocytes = 8G/L; PNN = 5G/L: PNE = 0,4G/L; PNB = 0,6G/L: Lymphocytes = 2G/L Hb = 7gr/dL; VGM = 84µ; TCMH = 29pg ; CCMH = 33% ; Plaquettes = 550 G/L VS = 50mm à la première heure Comment pourriez-vous expliquer cette hyperplaquettose ? (Jusqu'à 5 réponses)**

A - Carence martiale
B - Asplénisme
C - Syndrome inflammatoire
D - Anémie
E - Hypersplénisme

QCM 3	**Quelles sont les causes d'élévation de la VS ? (Jusqu'à 7 réponses)**

A - Syndrome inflammatoire
B - Anémie
C - Grossesse
D - Macrocytose
E - Hypergammaglobulinémie monoclonale
F - Age élevé
G - Cryoglobulinémie
H - Polyglobulie

QROC 4	**Quel examen incontournable manque-t'il à cette biologie pour avancer dans le démarche diagnostique de cette anémie ? Texte libre (1 à 3 mots)**

QCM 5	**Il s'agit d'une anémie arégénérative. La patiente pèse 50kg pour 1m 74. Lors de l'examen physique vous remarquez des ongles et des cheveux fragiles et cassants. La langue est dépapillée. Elle dit saigner facilement de la gencives lors du brossage des dents, elle a même perdu 2 dents dernièrement, sans traumatisme récent et malgré une hygiène dentaire tout à fait convenable. Elle dit voir très mal dans l'obscurité, l'empechant de conduire sa voiture après la nuit tombée. Sur la base des données à votre disposition, quelles carences pouvez-vous suspecter ? (Jusqu'à 6 réponses)**

A - Vitamine A
B - Vitamine B9
C - Potassium
D - Vitamine D
E - Vitamine K
F - Vitamine E
G - Vitamine C
H - Fer

QROC 6	**En poussant l'interrogatoire, elle vous confie qu'elle emet de façon biquotidienne des selles pateuses. Elle vous déclare aussi avoir vu un dermatologue 2 mois plus tôt qui lui a diagnostiqué une dermatite herpétiforme, qui a bien répondu à un traitement par dermocorticoïdes. Quel diagnostic suspectez-vous en priorité ? Texte libre (1 à 3 mots)**

QCM 7	**Vous suspectez en priorité une maladie coeliaque. Quel bilan réalisez-vous en première intention ? (Jusqu'à 7 réponses)**

A - Dosage IgA totales
B - Recherche IgA anti-transglutaminase
C - Ferritine sérique
D - Dosage vitamine B9
E - Bilan phospho-calcique avec 25OH vitamine D
F - Dosage vitamine B12
G - Recherche IgG anti endomysium
H - Recherche IgG anti-gliadine
I - Myelogramme
J - Endoscopie oeso-gastro-duodénale avec réalisation de biopsies

QCM 8	**Quelles lésions vous attendez-vous trouver à la biopsie duodénale ? (Jusqu'à 5 réponses)**

A - Atrophie villositaire
B - Granulomes épithélioïde gigantocellulaires sans nécrose caséeuse
C - Hypertrophie cryptique
D - Inclusions PAS positive au niveau des villosités
E - Infiltrat lympho-plasmocytaire du chorion
F - Lymphocytes intra-épithéliaux augmentés

QCM 9	**Le diagnostic est confirmé ? Quel est votre traitement ? (Jusqu'à 5 réponses)**

A - Régime sans gluten à vie
B - Régime sans gluten jusqu'a disparition des symptômes
C - Supplémentation des carences
D - Demande de mise en affection longue durée
E - Nutrition parentale initiale
F - Corticothérapie orale

QROC 10	**Vous la revoyez 15 ans plus tard, elle avoue une observance médiocre à son régime. Elle est cachectique avec un poids à 38kg, une altération de l'état général marqué avec une fièvre inexpliquée depuis plusieurs semaines. Quel diagnostic évoquez-vous en priorité ? Texte libre (1 à 3 mots)**

2 Corrigé



LE + : PREMIERE LECTURE, CONSEILS ET ASTUCES

- **Appréciation globale et difficulté du dossier clinique progressif :**
  - Dossier de maladie coeliaque et de sémiologie assez simple
  - Difficulté : 2/3
  - A classer en 2ème position parmi les 3 dossiers de l'épreuve
- **Zéros et mots clés à inscrire sur le brouillon :**
  - Carence = correction des carences
  - Eviction du gluten = A VIE
- **Astuces, réflexes et pièges QCM / QROC :**
  - Répondre par élimination
  - Penser au traitement étiologique mais aussi des complications



GRILLE DE CORRECTION & COMMENTAIRES

		V F	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QCM 1	A -	V	4	• Question de cours, très importante en pédiatrie • Un souffle fonctionnel est : - Isolé : sans autres signes physiques ou fonctionnels - Systolique pur : éjectionnel; JAMAIS diastolique - Intensité faible, maximum à l'apex - SANS irradiation - Modifié par la position et l'activité physique • Pour comprendre : souffle = flot de sang turbulent • Chez l'enfant ou les femmes jeunes : vaisseaux de petit calibre • Turbulence du sang possible car sang ejecté dans petit tuyau (aorte ascendante)
	B -	F	4	
	C -	V	4	
	D -	F	4	
	E -	V	4	
	F -	V	5	
	G -	V	5	
QCM 2	A -	V	6	• Une hyperplaquetose modérée doit faire évoquer une cause secondaire : - Syndrome inflammatoire - Carence martiale - Asplénie (mais on est généralement au courant) - Hémorragie aigue • Elles sont asymptomatiques • L'hypersplénisme cause une THROMBOPENIE, en règle modérée (80-100G/L) • Une hyperplaquettose très importante (>= 800G/L) il faut evoquer une cause primaire : • Syndrome myeloprolifératif (Thrombocytémie essentielle)
	B -	V	6	
	C -	V	6	
	D -	F	6	
	E -	F	6	

QCM 3	A -	V	4	• La VS s'interprette en fonction de l'age : - Normale = (age (+10 si femme)) / 2 = 16 ici donc augmenté • Causes de VS augmentée = MAGIC ! - Monoclonal (hypergammaglobulinémie ++) / Macrocytose - Anémie / Age - Grossesse - Inflammation / Insuffisance rénale / - Cholestérol : hyperlipidémies majeures / hypertriglyceridémie • Pour comprendre : - VS mesure la formation de rouleaux entre GR et fibrinogène / globulines - Les GR empechent cette formation (VS augmenté si anémie) - Le fibrinogène et les gammaglobulines la favorisent (VS augmenté si inflammation) • Cryoglobulinémie = consommation Ig donc diminution de la VS
	B -	V	4	
	C -	V	4	
	D -	V	4	
	E -	V	4	
	F -	V	4	
	G -	F	3	
	H -	F	3	
QCM 5	A -	V	4	• Question de sémiologie : bien connaître role des vitamines - Vitamine A : précurseur rhodopsine des batonnets : carence = héméralopie - Vitamine C : syntèse collagène : carence = scorbut (avec perte dent) - Vitamine D : absorption calcium : carence = fracture / ostéomalacie - Vitamine E: anti-oxydante : carence souvent asymptomatique - Vitamine K : Synthèse facteur coagulation : carence = Sd hemorragique - Potassium : échange ionique : carence = Palpitations ; crampes musculaires - Vitamine B9 : Synthèse ADN : carence = anémie macrocytaire / langue dépapillée - Fer : Synthèse hémoglobine : carence = anémie microcytaire / phanères fragiles • La coexistence d'une anémie ferriprive et par carence en vit B9 cause ici : - une anémie arégénérative à VGM normal - Population de GR microcytaire et population macrocytaire - Donc VGM moyen normal
	B -	V	4	
	C -	F	3	
	D -	F	3	
	E -	V	4	
	F -	F	4	
	G -	V	4	
	H -	V	4	
QCM 7	A -	V	3	• Toujours le même plan : • Diagnostic positif / étiologique : - IgA anti-transglutaminase = le plus sensible - Dosage IgA totales car déficit IgA fréquent dans cette population (1/50) • Retentissement : - Recherche carences
	B -	V	3	
	C -	V	3	
	D -	V	3	
	E -	V	3	
	F -	V	3	
	G -	F	3	
	H -	F	3	
	I -	F	3	
	J -	V	3	
QCM 8	A -	V	6	• Avoir des notions en histologie • Les ganulomes ne se voient pas dans la maladie coeliaque • Les inclusions PAS positives peuvent se voir dans la maladie de Whipple (rare)
	B -	F	6	
	C -	V	6	
	D -	F	6	
	E -	V	6	
QCM 9	A -	V	5	• Le régime sans gluten est A VIE • Il faut bien entendu corriger les carences • ALD importante car patients recoivent 45€/mois pour acheter des produits sans gluten • Nutrition entérale sans utilité si malabsorption .. • Corticothérapie n'a pas sa place dans la maladie Coeliaque
	B -	F	5	
	C -	V	5	
	D -	V	5	
	E -	F	5	
	F -	F	5	
			210	**Total QCM**

	Réponses	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QROC 4	• Réticulocytes	30	• Premier élément pour raisonner devant anémie • > 150G/L (selon college, 120G/L selon autres sources) • L'anémie est régénérative
QROC 6	• Maladie Coeliaque • (ou intolérance au gluten) •	30	• Diarrhée + malabsorption + Sd carentiel • Assocation avec dermatite herpétiforme • = Maladie Coeliaque
QROC 10	• Lymphome • T • Du grèle	10 10 10	• Maladie coeliaque = inflammation + stimulation antigénique chronique des lymphocytes • Facteur de risque de cancérisation en lymphome de type T • Seulement si mauvaise observance du régime
		90	**Total QROC**



UE & ITEMS ABORDES

TYPE	ITEMS		INTITULES
	UE	NUMERO	
Question principale	8	282	Diarrhée chronique de l'enfant et l'adulte
Questions accessoires	7 7 8	209 181 249	Anémie chez l'adulte et l'enfant Syndrome inflammatoire : aspect biologiques et cliniques Amaigrissement à tout les ages



LE + : POUR MIEUX ASSIMILER

FICHE DE SYNTHESE
(POINTS CLES UE POUR MIEUX REPONDRE AUX DOSSIERS CLINIQUES PROGRESSIFS)

La maladie Coeliaque :

- Maladie inflammatoire du système digestif en réponse à un antigène : le gluten
- C'est une maladie à forte prédisposition génétique (système HLA)
- Entraine des lésions duodénales avec une histologie spécifique :
  - Atrophie villositaire
  - Hypertrophie cryptique
  - Infiltrat lympho-plasmocytaire du chorion
  - Lymphocytes intra-épithéliaux
- L'atrophie villositaire cause une malabsorption avec dénutrition et carences
- Dépistage biologique en première intention :
  - IgA anti-transglutaminase
  - IgA totales
- Recherche des carences (vitamines, minérales, protéique)
- Traitement :
  - Eviction du gluten TOTALE et A VIE
  - Correction des carences ++
  - Mise en ALD (aide financière au régime)
  - Soutien psychologique (car parfois ressentie comme une maladie déssociabilisante)
  - Surveillance :
    - × Négativation des anticorps à 6 mois
    - × Normalisation des biopsie à 12 mois
    - × Rechute biologique et histologique si inobservance du régime

FICHE CONSENSUS (CONFERENCES DE CONSENSUS et RECOMMANDATIONS)	
HAS 2008	**Dépistage maladie coeliaque**

En première intention SEULEMENT:

- IgA anti-transglutaminase
- Dosage IgA totales

- Si IgA anti-transglutaminase positive → Biopsie duodénale

- Si déficit en IgA → igG anti-transglutaminase et/ou IgG anti-endomysium

Consensus

UE dossier clinique progressif N° 12

Une angine atypique

1 Enoncé

Vous recevez Audrey L., 28 ans dans votre cabinet de médecine générale. Il consulte en raison d'un état fébrile associé à des douleurs de la sphère oropharyngé évoluant depuis 24h. Aucun antécédent médical n'est à noter, mais le patient vous avoue à l'interrogatoire qu'il a des rapports sexuels non protégés avec des hommes. Le patient est fébrile à 38.4°C sans toux apparente et présente des amygdales augmentées de volume et inflammatoire recouvertent de petits points blancs. A l'examen du cou vous retrouvez des adénopathies sensibles sous angulomaxillaires bilatérales. Le patient n'a pas d'allergie, elle ne fume pas.

QROC 1	**Quel est votre diagnostic clinique ? Texte libre (1 à 3 mots)**

QROC 2	**Quel score diagnostic peut vous aider dans la prise de décision de la réalisation ou non d'un test de diagnostic rapide streptococcique ? (2 à 3 mots)**

QCM 3	**Le test diagnostic rapide est positif. Quelle antibiothérapie de première intention mettez-vous en place et quels sont les objectifs de celle-ci dans l'angine à Streptocoque ? (Jusqu'à 9 réponses)**

A - Azithromycine 500mg/j pendant 3jrs
B - Cefpdoxime 200mg/j pendant 5jrs
C - Amoxiciline 2g/j pendant 6jrs
D - Diminution des signes cliniques
E - Diminution de la contagiosité
F - Diminution de risque de phlegmon amygdalien
G - Diminution du risque de cellulite cervico-faciale
H - Diminution du risque de chorée de Sydenham
I - Diminution du risque de rhumatisme articulaire aigu
J - Diminution du risque de syndrome néphritique aigu
K - Diminution du risque de mononeuropathie multiple post-streptococcique

QCM 4	**Vous réalisez tout de même une NFS et un ionogramme avec créatinine. Vous retrouvez : NFS : Hb : 12,4g/dL, VGM : 83µ; Leucocytes : 12G/L dont 3 G/L PNN, 0,2 G/L PNE, 8 G/L lymphocytes; plaquettes : 120G/L Le frottis met en évidence de larges lymphocytes hyperbasophiles et polymorphes. Le ionogramme et la créatinine sont normaux. Quels sont les 4 étiologies à évoquer en priorité devant ce syndrome biologique ? (Jusqu'à 4 réponses)**

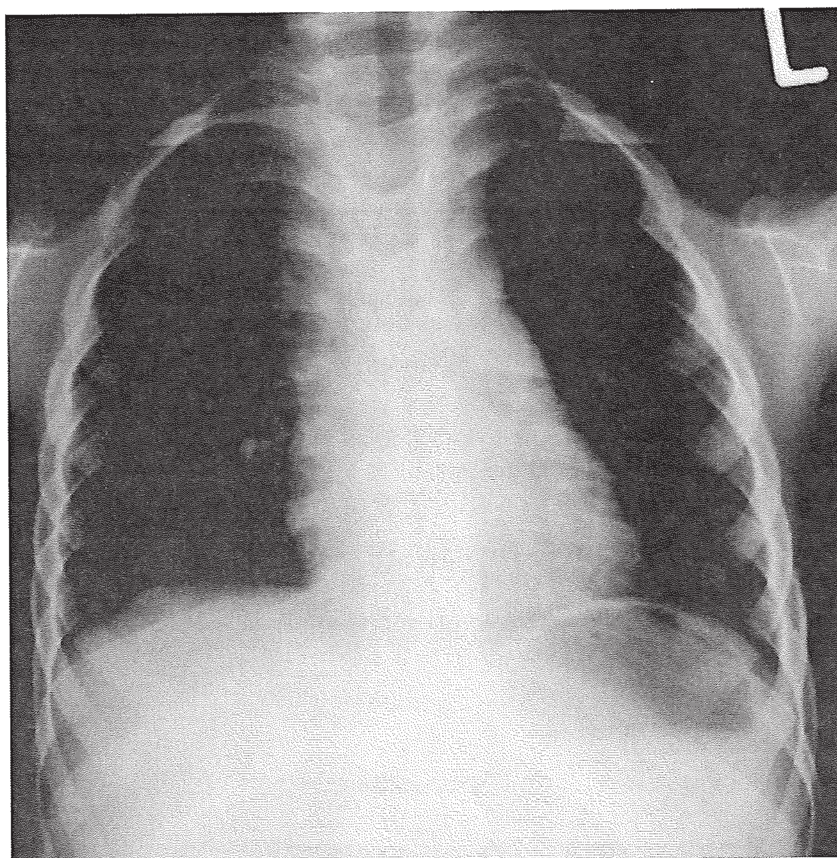
A - Brucellose
B - Syphilis
C - Primo-infection CMV
D - Primo-infection EBV
E - Primo-infection BK virus
F - Primo-infection JC virus
G - Primo-infection VIH
H - Toxoplasmose
I - Maladie de Lyme
J - Tuberculose
K - Angine streptococcique
L - Paramyxovirus influenzae

QROC 5	La patiente reçoit néanmoins sont antibiothérapie. Dans la cas où il apparaitrait un erythème du tronc 48h après le début de l'amoxiciline, quel serait le diagnostic le plus probable? Texte libre (2 à 3 mots)

QCM 6	Quelles sont les complications de l'infection à EBV ? (Jusqu'à 7 réponses)
A -	Rupture de rate
B -	Anémie hémolytique auto-immune
C -	Maladie du sommeil
D -	Leucoplasie chevelue de la langue
E -	Lymphome
F -	Purpura thrombopénique auto-immun
G -	Sarcome de Kaposi
H -	Hépatite cytolytique

QCM 7	Il n'y a en fait pas d'érythème. Le bilan que vous avez prescrit retrouve un antigénémie p24 positive et une sérologie VIH négative. Vous diagnostiquez une primo-infection VIH. Quelle est votre conduite à tenir ? (Jusqu'à 8 réponses)
A -	Appel immédiat de la patiente pour lui annoncer le diagnostic
B -	Consultation d'annonce
C -	Convocation des partenaires de la patiente
D -	Vaccination pneumocoque
E -	Vaccination par le BCG si non fait
F -	Soutien psychologique
G -	Déclaration anonyme à l'ARS
H -	Bilan infection sexuellement transmissibles
I -	Contre-indication à la procréation

QCM 8	La patiente répond très mal à l'annonce du diagnostic que vous lui annoncez. Quelles sont les 5 étapes successives de la réaction face à un diagnostic grave ? (Jusqu'à 5 réponses)
A -	Déni
B -	Colère
C -	Hallucination
D -	Marchandage
E -	Ambivalence
F -	Dépression
G -	Frustration
H -	Sentiment de d'impuissance
I -	Acceptation
J -	Défiance



QCM 9	Vous revoyez la patiente quelques années plus tard, elle n'a jamais reçu de traitement car elle n'arrive pas à accepter sa pathologie. Elle se plaint d'une fièvre vespérale et d'une altération de l'état général. Vous réalisez cette radiographie du thorax. Quelles sont les 3 pathologies à évoquer en priorité devant ce tableau? (Jusqu'à 3 réponses)

A - Leucémie aigue
B - Lymphome
C - Brucellose
D - Tuberculose
E - Sarcoïdose
F - Pneumocystose
G - Toxoplasmose
H - Pneumopathie à Pneumocoque
I - Maladie de Whipple
J - Cancer du poumon

QCM 10	Vous retrouvez à l'examen des signes de syndrome cave supérieur. Vous suspectez de ce fait en priorité un lymphome non-Hodkinien. Vous ne retrouvez pas d'adénopathie périphérique. Vous réalisez donc une médiastinoscopie. Quelles sont les réponses exactes ? (Jusqu'à 8 réponses)

A - Une cytoponction ganglionnaire permet de poser le diagnostic
B - Une histologie est nécéssaire
C - On retrouvera des granulomes gigantocellulaires
D - On retrouvera des cellules de Reed-Sternberg
E - On retrouvera des cellules de Langerhans
F - La forme la plus fréquente est le lymphome B à grandes cellules
G - Un des risque principal de la médiastinoscopie est la médiastinite
H - Un des risque principal de la médiastinoscopie est l'endocardite infectieuse
I - Il faudra réaliser un PET-scan
J - Il faudra réaliser une biopsie ostéo-médullaire
K - Il faudra réaliser une ponction lombaire
L - Il faudra réaliser une cytogénétique et un caryotype sur le prélévement

2 Corrigé



LE + : PREMIERE LECTURE, CONSEILS ET ASTUCES

- **Appréciation globale et difficulté du dossier clinique progressif :**
  - Dossier VIH et hématologie, VIH très tombable
  - Difficulté : 2/3
  - A classer en 2ème position parmi les 3 dossiers de l'épreuve
- **Zéros et mots clés à inscrire sur le brouillon :**
  - VIH = déclaration ARS + accord patient + RESPECT SECRET MEDICAL
  - Immunodepréssion = CONTRE INDICATION des vaccins vivants
- **Astuces, réflexes et pièges QCM / QROC :**
  - IST = bilan et ttt du partenaire avec respect secret médical
  - Toujours connaitre alternive peniciline



GRILLE DE CORRECTION & COMMENTAIRES

		V F	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QCM 3	A -	F	2	• L'amoxiciline est le ttt de première intention (poso et durée à connaitre) • Azithromycine SI allergie mais pas ici (bien lire!) • Il y a 4 objectifs principaux (à savoir aussi) : - Diminution symptomes (le principal !) - Diminution contagiosité - Diminution risque complication locales (et les connaitre) - Diminution risque complication systémique (immunologiques) • Mononeuropathie multiple pas une complication du Streptocoque
	B -	F	2	
	C -	V	3	
	D -	V	3	
	E -	V	3	
	F -	V	3	
	G -	V	3	
	H -	V	3	
	I -	V	3	
	J -	V	3	
	K -	F	2	
QCM 4	A -	F	0	• Il y a beaucoup de causes de Sd mononucléosique • Ces 4 causes sont les plus fréquente et doivent être évoquée en priorité • Il existe des causes bactérienne/virale et parasitaires • Penser surtout au VIH chez une femme jeune
	B -	F	0	
	C -	V	7,5	
	D -	V	7,5	
	E -	F	0	
	F -	F	0	
	G -	V	7,5	
	H -	V	7,5	
	I -	F	0	
	J -	F	0	
	K -	F	0	
	L -	F	0	
QCM 6	A -	V	4	• Attention bien lire : complication infection à EBV et non MNI • Distinguer le cas chez le patient : - Immunocompétent : anémie hémolytique, MNI, purpura thrombopénique, cytolyse et .. rupture de rate - Immunodéprimé : leucoplasie chevelue, lymphome • Maladie du sommeil = infection par trypanosomiase africaine (inoculée par mouche tsé-tsé) • Kaposi = complication infection human herpes virus 8 de l'immunodéprimé
	B -	V	4	
	C -	F	3	
	D -	V	4	
	E -	V	4	
	F -	V	4	
	G -	F	3	
	H -	V	4	

QCM 7	A -	F	3	• Devoir du médecin d'annoncer le diagnostic mais il s'agit d'un diagnositc GRAVE - Consultation d'annonce : pas au téléphone, seul, consult dédiée - Respect du secret médical : information partenaire PAR la patiente • Bilan des autres IST indispensable • Contre indication vaccin vivants (BCG, fièvre jaune) • Pas de contre indication procréation • Risque transmission faible (1 à 3%) si traité (contre 30% sinon) • mais ALLAITEMENT INTERDIT
	B -	V	4	
	C -	F	3	
	D -	V	4	
	E -	F	2	
	F -	V	4	
	G -	V	4	
	H -	V	4	
	I -	F	2	
QCM 8	A -	V	3	• Description d'un diagnostic grave par Kubler-Ross • Réaction la plus fréquente mais non obligatoire devant un diagnostic grave • Il s'agit d'une réaction normale • Le soutien psychologique est indispensable • Les associations de patients sont une aide précisuse
	B -	V	3	
	C -	F	3	
	D -	V	3	
	E -	F	3	
	F -	V	3	
	G -	F	3	
	H -	F	3	
	I -	V	3	
	J -	F	3	
QCM 9	A -	F	3	• Altération de l'état général avec sueurs nocturne et amaigrissement • Gros médiastin (Adénopathies médiastinales) • Chez une jeune immunodéprimée / non fumeuse - Pneumocystose : Pas de syndrome interstitiel, toux ou dyspnée - Cancer poumon : trop jeune, pas tabagisme - Leucémie = dissémination sanguine et non lymphatique : peu d'ADP
	B -	V	3	
	C -	F	3	
	D -	V	3	
	E -	V	3	
	F -	F	3	
	G -	F	3	
	H -	F	3	
	I -	F	3	
	J -	F	3	
QCM 10	A -	F	2	• Question large et difficile • Pour diagnostiquer un lymphome : nécéssité HISTOLOGIE donc BIOPSIE - Architecture de l'ADP modifiée/détruite • Cellules de Reed-Sternberg = lymphome de HODGKIN • Risque médiastinoscopie = lésion vasculaire et infection (médiastinite) • Dans les LNH agressif (immunodéprimé ici) on réalise une PL : infiltration méningée ?
	B -	V	3	
	C -	F	2	
	D -	F	2	
	E -	F	2	
	F -	V	3	
	G -	V	3	
	H -	F	1	
	I -	V	3	
	J -	V	3	
	K -	V	3	
	L -	V	3	
			210	**Total QCM**

	Réponses	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QROC 1	• Angine • Erythematopultacée	15 15	• Utiliser des mots précis pour le diagnostic clinique • Ce type d'angine oriente vers certaines causes (streptocoque et virale)
QROC 2	• (score) • Mac • Isaac	15 15	• Score à connaitre / pour poser l'indication de strepto-test • On réalise le test si score >= 2; SEULEMENT pour adultes • Attention : < 3 ans : angine TOUJOURS virale; • > 3 ans : TOUJOURS faire le strepta-test
QROC 5	• Mononucléose • Infectieuse • OU primo-infection (15) • EBV (15)	15 15	• Le rash à la prise d'amox est classique et spécifique • Il ne s'agit pas d'une allergie (pas de contre-indication péni) • On confirme le diagnostic par MNI-test • Primo infection : Ac anti-VCA positif en IgM; Ac anti EBNA négatif (marqueur infection chronique)
		90	**Total QROC**



UE & ITEMS ABORDES

TYPE	ITEMS		INTITULES
	UE	NUMERO	
Question principale	6	146	Angine de l'adulte et de l'enfant
Questions accessoires	7	213	Syndrome mononucléosique
	6	165	Infection à VIH
	9	316	Lymphome malin



LE + : POUR MIEUX ASSIMILER

FICHE CONSENSUS (CONFERENCES DE CONSENSUS et RECOMMANDATIONS)	
HAS 2012	**Guide ALD lymphome non hodkinien**

Prise en charge diagnostique du lymphome
- Diagnostic positif = Anatomopathologique
  - Biopsie-exerèse d'un ganglion
  - NE PAS prescrire de corticoïdes avant biopsie : risque faux négatif (sauf si Sd cave supérieur)
  - Examen anapath + immunohistochimie + caryotype
- Bilan d'extension ++++
  - Clinique : hépato-splénomégalie, EXAMEN ORL ++ (anneau de Waldeyer), examen neurologique
  - Paraclinique :
  - Biopsie ostéo-médullaire : recherche envahissement
  - PET-scan : bilan des localisations
  - PL : systématique dans les LNH agressifs
  - Scanner thoraco-abdomino-pelvien injecté
- Bilan pré-thérapeutique :
  - Ionogramme sanguin, uricémie, calcémie, phosphorémie, (notamment à la recherche d'un syndrome de lyse spontanée) ;
  - CRP ;
  - électrophorèse des protéines, suivie, en cas d'anomalie, d'une immunofixation (COMME TOUTE LYMPHOPATHIE B)
  - Créatininémie et estimation du débit de filtration glomérulaire (DFG) ;
  - taux sérique de LDH ;
  - Evaluation de la fonction hépatique (transaminases, PAL, bilirubine directe et indirecte, gamma GT) ;
  - Sérologies hépatites B et C, VIH (à la recherche d'un terrain favorisant et nécessitant une prise en charge spécifique) ;
  - test de grossesse chez une femme en âge de procréer
  - Béta2-microglobuline
  - Bilan cardiaque (pré-anthracycline) : ECG et ETT
  - Bilan respiratoire (si bléomycine) : EFR

UE dossier clinique progressif N° 13

Des tâches bien embettantes

1 Enoncé

Vous accueillez aux urgences Mme Hélène S., 25 ans pour l'apparition de taches rouges sur sa peau. Son seul antécédent est une thyroïdite de Hashimoto quelques années plus tôt. Elle est fiancée, ne fume pas et boit de l'alcool occasionnellement.

QROC 1	**Quel test simple faites-vous lors de l'examen physique pour caractériser ces lésions cutanées? (1 mot)**

QCM 2	**Il s'agit de tâches ne s'effaçant pas à la vitro-pression, vous diagnostiquez donc un purpura. Quels élements cliniques peuvent vous orienter vers un purpura thrombopénique ? (Jusqu'à 7 réponses)**

A - Purpura monomorphe
B - Lésions nécrotiques
C - Répartition : déclive
D - Lésions de type pétéchies / ecchymoses
E - Lésions infiltrées
F - Atteinte des muqueuses
G - Absence de signes extra-cutanés
H - Splénomégalie

QCM 3	**Il s'agit d'une purpura touchant le tronc et les jambes, bilatéral et symétrique, à type de pétéchies disséminés, sans lésion nécrotique. La patiente est apyrétique. Quels signes de gravité recherchez-vous ? (Jusqu'à 8 réponses)**

A - Epistaxis
B - Pression artérielle systolique < 90mmHg
C - Gingivorragie
D - Bulles hémorragiques intra-buccales
E - Rectorragies
F - Metrorragies
G - Hématurie macroscopique
H - Trouble de la conscience

QROC 4	**La patiente est apyrétique. Elle présente une cinquantaine de tache purpurique à type de pétéchies disséminés. Elle présentes quelques pétéchies buccales sans bulles hémorragiques. Elle ne présente aucun saignement extériorisé. La NFS retrouve : Hb = 14 g/dL ; GB = 7G/L; Plaquettes = 9 G/L Quel diagnostique étiologique suspectez vous en priorité ? Texte libre (1 à 3 mots)**

QCM 5	**Vous suspectez un purpura thrombopénique idiopathique. Quel bilan réalisez-vous ? (Jusqu'à 6 réponses)**

A - Myelogramme
B - Frottis sanguin
C - TP-TCA-fibrinogène
D - Groupe Rhésus RAI
E - Sérologie VIH
F - Anticorps anti-nucléaires

QCM 6	Quel(s) traitement(s) pourriez-vous proposer en première intention ? (Jusqu'à 4 réponses)
A -	Abstention thérapeutique
B -	Corticothérapie systémique
C -	Splénectomie
D -	Immunoglobulines intra-veineuses
E -	Rituximab
F -	Anti TNF-alpha
G -	Transfusion du culots plaquettaires

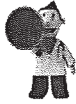
QROC 7	Vous traitez la patiente par cures d'immunoglobulines intra-veineuse. La réponse initiale est bonne mais 4 mois plus tard, ses taches ont réapparues, et sa numération plaquettaire est à 12 G/L. Quelle intervention pourriez-vous proposer à cette patiente ? Texte libre (1 à 3 mots)

QCM 8	Une splenectomie est réalisée. L'efficacité est excellente avec une normalisation de la NFS. A quels agents infectieux l'interventation a-t'elle rendu la patiente particulièrement susceptible ? (Jusqu'à 4 réponses)
A -	Germes encapsulés
B -	Pneumocystis jirovecii
C -	Aspergillus sp.
D -	Haemophilus sp.
E -	Virus de l'hépatite B
F -	Streptococcus pneumoniae
G -	Neisseria méningitidis

QCM 9	Que proposez-vous à la patiente à la sortie de l'hospitalisation ? (Jusqu'à 5 réponses)
A -	Vaccinations anti-pneumocoque, haemophilus et méningocoque
B -	Port de carte splenectomie
C -	Corticothérapie IV forte dose
D -	Education de la patiente : Consultation et antibiothérapie en urgence en cas de fièvre
E -	Antibioprophylaxie par pénicillines V (Oraciline PO) pour une durée de 2 à 5 ans

QCM 10	Vous revoyez la patiente 12 mois plus tard. Sa numération plaquettaire s'est normalisée. Elle se plaint cependant de l'apparition depuis 2 mois de petites lésions prurigineuse, migratrices et fugaces, disparaissant dans les 24h après leur apparition. Elle décrit des lésions ressemblant à des piqures d'orties. Quelles sont les réponses exactes ? (Jusqu'à 6 réponses)
A -	Il s'agit d'un eczema
B -	Il s'agit d'une urticaire
C -	Il s'agit d'un psoriasis
D -	Un interrogatoire poussée recherchant un facteur déclenchant est nécéssaire
E -	Vous prescrivez un bilan biologique à visée étiologique (dosage complément, electrophorèse ..)
F -	Vous prescrivez une corticothérapie systémique
G -	Vous prescrivez un traitement d'epreuve par anti-histaminiques pendant au moins 4 à 8 semaines
H -	Il convient de réaliser une biopsie cutanée

2 Corrigé



LE + : PREMIERE LECTURE, CONSEILS ET ASTUCES

- **Appréciation globale et difficulté du dossier clinique progressif :**
  - Dossier du purpura thrombopénique idiopathique
  - Difficulté : 1/3
  - A classer en 2ème position parmi les 3 dossiers de l'épreuve
- **Zéros et mots clés à inscrire sur le brouillon :**
  - Purpura = rechercher une fièvre
  - Pas de transfusion plaquettaire dans purpura
  - Risque hémorragique = groupe rhésus et RAI
- **Astuces, réflexes et pièges QCM / QROC :**
  - Splénectomie = tiroir à connaitre par coeur
  - Ne pas oublier le bilan pré-thérapeutique



GRILLE DE CORRECTION & COMMENTAIRES

		V F	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QCM 2	A -	V	5	• Question de cours : le purpura thrombopénique est : - Monomorphe - Lésion type pétéchies voire ecchymoses - Non déclive - Touche les muqueuse (signe de gravité !) - Absence de lésion nécrotique - Lésions plane (=non infiltrées)
	B -	F	2,5	
	C -	F	2,5	
	D -	V	5	
	E -	F	2,5	
	F -	V	5	
	G -	V	5	
	H -	F	2,5	
QCM 3	A -	V	4	• Toujours raisonner de la même manière pour les signes de gravité : - Hémodynamique : signe de choc / syndrome hémorragique - Respiratoire : peu applicable ici - Neurologique : trouble de la conscience - Spécifiques : bulles hemorragiques intra-buccaes ++ / rectorragie / metrorragie …
	B -	V	3	
	C -	V	4	
	D -	V	4	
	E -	V	4	
	F -	V	3	
	G -	V	4	
	H -	V	4	
QCM 5	A -	F	5	• Toujours même raisonnement pour les examens complémentaires : - Diagnostic positif : NFS + frottis - Diagnostic différentiel : TP-TCA (trouble coagulation) - Diagnostic étiologique : Sérologie VIH++ / Anticorps anti-nucléaires - Diagnostic de gravité : il est clinique ici - Pré-thérapeutique : RISQUE HEMORRAGIQUE = GROUPE RH RAI !!! • PAS d'indication à rechercher des anticorps anti-plaquettes • Pas d'indication à un myelogramme en premiere intention (voir fiche consensus) • NFS sur tube citraté pas forcément nécéssaire car purpura thrombopénique + thrombopénie - Il serait indiqué si on avait une thrombopénie isolée - Pour éliminer fausse thrombopénie à l'EDTA
	B -	V	5	
	C -	V	5	
	D -	V	5	
	E -	V	5	
	F -	V	5	

QCM 6	A -	F	4	• Thrombopénie très sévère (< 20-30 G/L) donc indication à un traitement • En première intention on propose : - Une corticothérapie orale (le plus souvent) - OU des immunoglobulines IV - Les immunoglobulines sont efficaces un peu plus rapidement .. préférées si gravité • En seconde intention : - Rituximab (Anticorps anti-CD20 donc anti-lymphocytes B) - Splénectomie (de nos jours souvent rituximab d'abord) • Dans le PTI il existe une destruction périphérique des plaquettes (thrombopenie périphérique) • Celle-ci a lieu principalement dans la rate d'où interêt splenectomie • AUCUN interêt transfusion plaquettes dans thrombopénie périphérique sauf si hémorragie très sévère active (ZERO à la question si coché)
	B -	V	5	
	C -	F	4	
	D -	V	5	
	E -	F	4	
	F -	F	4	
	G -	F	4	
QCM 8	A -	V	5	• La rate est une organe lymphoïde (comme les ganglions) • Elle a donc un rôle dans le système immunitaire - Clairance des bactéries opsonisées de la circulation sanguine - Les germes encapsulés sont reconnus par des protéines du complément - Une asplénie anatomique ou fonctionelle expose à un risque de bactériémie foudroyante par : × Pneumocoque × Haemophilus × Neisseria (méningocoque surtout)
	B -	F	4	
	C -	F	3	
	D -	V	5	
	E -	F	3	
	F -	V	5	
	G -	V	5	
QCM 9	A -	V	6	• Bien connaitre les mesures préventives chez un splénectomisé • Pas d'intérêt d'une corticothérapie car : - Echec de la corticothérapie chez cette patiente - Splénectomie fait disparaitre (ou presque) la thrombopénie en règle générale
	B -	V	6	
	C -	F	6	
	D -	V	6	
	E -	V	6	
QCM 10	A -	F	3	• La description clinique est typique d'une urticaire : - Lesion prurigineuse, migrante, fugace - Lésion "ortiée" = lésion papulo-oedémateuse • Pas de bilan étiologique en première intention !!! • Traitement epreuve par anti-histaminique pendant 4 à 8 semaines • Si echec : bithérapie • Pas de corticothérapie : effet rebond à l'arrêt ! • Si lésion fixes, +/- profondes et resistantes au traitement : - Evoque une vascularite urticarienne - Dosage complément (Sd de Mac Duffie) - Biopsie cutanée (recherche vascularite)
	B -	V	5	
	C -	F	3	
	D -	V	5	
	E -	F	3	
	F -	F	3	
	G -	V	5	
	H -	F	3	
			210	**Total QCM**

	Réponses	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QROC 1	× Vitropression	30	• Question de sémiologie basique • Savoir rester simple
QROC 4	× Purpura × thrombopénique × idiopathique (ou auto-immun)	10 10 10	• Femme jeune + terrain auto-immun
QROC 7	× Splenectomie	30	• La destruction plaquettaire dans le PTI se fait essentiellement dans la rate • Traitement de 2eme ou 3eme intention après IGIV / corticothérapie et parfois après rituximab
		90	**Total QROC**



UE & ITEMS ABORDES

TYPE	ITEMS		INTITULES
	UE	NUMERO	
Question principale	8	211	Purpura chez l'adulte et l'enfant
Questions accessoires	8	210	Thrombopénie chez l'adulte et l'enfant
	8	183	Hypersensibilité et allergies cutanéo-muqueuses : urticaire



LE + : POUR MIEUX ASSIMILER

FICHE DE SYNTHESE
(POINTS CLES UE POUR MIEUX REPONDRE AUX DOSSIERS CLINIQUES PROGRESSIFS)

Orientation diagnostique devant un purpura :

- Purpura CENTRAL :

- Déficit médullaire en production plaquettes
- Etiologies :
  - Insuffisances medullaires globales (déficit des autres lignées) :
    - Envahissement medullaire : leucémies ++ / lymphome
    - Aplasie médullaire (chimio) / Myélofibrose / Syndrome myélodysplasiques
    - Carences B9 ou B12
  - Insuffisance de la mégacaryocytopoïèse :
    - Médicaments : sulfamides / AINS ...
    - Intoxication éthylique aigue (oui oui!)
- Un myelogramme et/ou une biopsie ostéomédullaire sera nécessaire sauf dans les causes toxiques (chimiothérapie)
- Purpura Périphériques :
  - Destruction précoce, prématurée et périphériques des plaquettes
  - Donc diminution de la durée de vie des plaquettes
  - DONC AUCUN INTERET à transfuser des plaquettes (sauf hemorragie grave ou chirurgie urgente)
  - Etiologies (3x3) :

- Destruction auto-immune :
  - Purpura thrombopéniques auto-immuns (PTI, associé au Lupus...)
  - Mécanisme immuno-allergique (Thrombopénie à l'héparine, médicamenteuse)
  - Auto-anticorps (thrombopénie post-transfusionelles, post allo-immunisation)
- Hyperconsommation plaquettaire :
  - Coagulation intra-vasculaire disséminée
  - Thrombopénie infectieuse (paludisme, pyogènes..)
  - Mécanique : Micro-angiopathie thrombotiques / valve cardiaque mécaniques
- Anomalie de la répartition plaquettaire :
  - Hypersplénisme
  - Hémodillution
  - Grossesse
- Pas de nécessité myelogramme dans les thrombopénie périphériques (car normal) SAUF pour éliminer diagnostic différentiel

UE dossier clinique progressif N° 14

Echec et MAT

1 Enoncé

Vous examinez aux urgences M. Lucas S., 19 ans pour des douleurs abdominales évoluants depuis quelques jours ainsi qu'une sensation de fatigue inhabituelle. Il rapporte en fait plusieurs épisodes de diarrhées avec douleurs coliques en cadre.
Il n'a aucun antécédent, ne prend pas de médicaments et n'a pas voyagé en dehors de France récemment.

QCM 1	**Quelles éléments cliniques vous feraient lui proposer une coproculture en première intention ? (Jusqu'à 9 réponses)**

A - Présence de sang ou de glaires dans les selles
B - Diarrhées évoluants depuis plus de 3 jours
C - Vomissements associés
D - Patient porteur d'une valve cardiaque
E - Prise d'antibiotique récente
F - Suspicion de toxi-infection alimentaire collective
G - Retour d'Afrique
H - Signes neurologiques
I - Présence d'un pli cutanée

QCM 2	**Le patient ne présente aucun de ces signes. Il est apyrétique, ses constantes sont dans la normales. Il n'existe pas de signe de deshydratation. Quel traitement proposez-vous ? (Jusqu'à 6 réponses)**

A - Hospitalisation en service conventionnel
B - Antibiothérapie par fluoroquinolones per os
C - Antibiothérapie par amoxiciline + acide clavulanique per os
D - Retour à domicile
E - Racécadotril per os
F - Hydratation per os
G - Régime sans résidus initial
H - Education règles d'hygiènes

QROC 3	**L'évolution est initialement favorable mais le patient revient vous voir 10 jours plus tard. Ses diarrhées ont cessées mais il se plaint d'une dyspnée pour des efforts minimes. A l'examen, il est apyrétique, la pression artérielle est à 125/78, le poul à 112/min et la saturation à 99% en air ambiant. Il n'existe pas de signe de détresse respiratoire. Il pèse 75kg pour 1m75. Le reste de l'examen clinique est normal à part une légère paleur conjonctivale. Quelle est la cause la plus probable de cette dyspnée ? Texte libre (1 à 3 mots)**

QCM 4	Les résultats du bilan biologique de débrouillage vous reviennent : NFS : Hb : 7,5 g/dL; VGM : 86µ; leucocytes : 8G/L dont 5G/L PNN, 2G/L lymphocytes, 0,2 G/L PNE, 0,8G/L monocytes; plaquettes : 72G/L Ionogramme : Na+ : 135mM; K+ : 4,7mM; Cl-: 97mM; créatinine : 300 µM; urée : 10mM La CRP est < 4mg/L Calcium : 2,3mM; Albumine : 42g/L Gaz du sang : pH = 7,38; PaO2 = 102mmHg; PaCO2 = 38mmHg; HCO3- = 24mM Echographie rénale : rein de taille et d'échostructure normales La diurèse est conservée, il n'y a pas de signe de surcharge. Quelles sont les propositions exactes ? (Jusqu'à 7 réponses)

A - Probable Insuffisance rénale aigue
B - Probable Insuffisance rénale chronique
C - Clairance de la créatinine entre 36 et 38
D - Clairance de la créatinine entre 34 et 36
E - Clairance de la créatinine entre 38 et 40
F - Anémie normocytaire
G - Syndrome mononucléosique
H - Lymphopénie
I - Hypocalcémie

QROC 5	Quel est l'examen fondamental pour caractériser cette anémie ? Texte libre (1 à 3 mots)

QCM 6	La numération de réticulocytes est à 220 G/L. Le frottis sanguin met en évidence des schizocytes. Le complément de bilan que vous avez prescrit montre : Haptoglobine indosable; LDH : 2N; Bilirubine libre : 1,5N Quelles sont les propositions exactes ? (Jusqu'à 5 réponses)

A - Anémie régénérative
B - Anémie arégénérative
C - Il convient de doser les vitamine B9 et B12 dans le sang
D - Il convient de chercher une carence martiale par le dosage de la ferritine plasmatique
E - Anémie hémolytique
F - Hémolyse d'origine mécanique la plus probable
G - Hémolyse d'origine auto-immune la plus probable
H - Hémolyse d'origine toxique la plus probable

QROC 7	Il n'y a pas d'argument en faveur d'une cause auto-immune ou toxique. Quel est votre diagnostic expliquant l'épisode actuel et l'épisode de diarrhée 2 semaines plus tôt ? Texte libre (1 à 3 mots)

QCM 8	Vous diagnostiquez un syndrome hémolytique et urémique compliquant une infection à Escherichia coli secreteur de shiga-toxique (O157:H7). Quels sont les 3 items indispensables de votre prise en charge devant ce tableau ? (Jusqu'à 3 réponses)

A - Antibiothérapie en urgence
B - Déclaration obligatoire à l'ARS
C - Traitement symptomatique de l'insuffisance rénale
D - Epuration extra-rénale en urgence
E - Echanges plasmatiques en urgence
F - Transfusion de 3 culots de concentrés globulaires
G - Traitement par inhibiteurs de l'enzyme de conversion
H - Transfusion de concentrés globulaires en urgence

QCM 9	Votre traitement est rapidement efficace. Les signes biologiques de micro-angiopathies thrombotique disparaissent rapidement. La créatinine reste cependant stable autour de 250µmol/L trois mois après cet épisode. Quels traitements initiez-vous ? (Jusqu'à 10 réponses)

A - Supplémentation vitamino-calcique
B - Traitement par inhibiteur de l'enzyme de conversion
C - Hémo-dialyse pluri-hebdomadaire
D - Régime pauvre en sel
E - Régime pauvre en potasium
F - Régime normoprotéiné à 1g/kg
G - Contre-indication des anti-inflammatoires non stéroïdiens
H - Prévention et traitement des facteurs de risques cardio-vasculaires
I - Contre indication à l'injection d'iode
J - Vaccination contre l'hépatite B

QROC 10	Six mois plus tard, vous revoyez le patient en consultation. Il n'y a pas eu de récidive ni d'aggravation de son insuffisance rénale chronique. Le bilan biologique retrouve tout de même une anémie normocytaire arégénérative (Hb = 8,7g/dL) sans signe de micro-angiopathie thrombotique.Il n'y a pas de carence martiale. Que pouvez-vous proposer au patient pour traiter cette anémie persistante ? Texte libre (1 à 3 mots)

2 Corrigé



LE + : PREMIERE LECTURE, CONSEILS ET ASTUCES

- **Appréciation globale et difficulté du dossier clinique progressif :**
  - Dossier assez difficile de néphrologie
  - Difficulté : 3/3
  - A classer en 3ème position parmi les 3 dossiers de l'épreuve
- **Zéros et mots clés à inscrire sur le brouillon :**
  - Anémie = Réticulocytes
  - Insuffisance rénale chronique = IEC
  - Calcémie = corriger avec l'albumine
- **Astuces, réflexes et pièges QCM / QROC :**
  - Répondre par élimination
  - Quand on ne sait pas, utiliser son bon sens !



GRILLE DE CORRECTION & COMMENTAIRES

		V F	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QCM 1	A -	V	3	• Il s'agit ici de diarrhées chez un homme jeune • Rechercher les signes de gravité devant faire prescrire un bilan • Bilan de base : - Coproculture et examen parasitologique des selles - Hémocultures si fièvre (rechercher la typhoïde si voyage) - NFS, CRP, ionogramme (retentissement) - Si dysentérique ou post antibiotique discuter recto-sigmoïdoscopie
	B -	V	4	
	C -	F	3	
	D -	V	3	
	E -	V	3	
	F -	V	4	
	G -	V	4	
	H -	V	3	
	I -	V	3	
QCM 2	A -	F	3	• Il s'agit d'un syndrome gastro-entéritique sans signe de gravité - A opposer au Sd cholériforme (selles très liquides en "eau de riz) du choléra - A opposer au Sd dysentérique (selles avec glaires et sang • Pas de fièvre et pas de signe de gravité = propable diarrhée virale chez homme jeune • Traitement ambulatoire • Traitement symptomatique = anti-sécrétoire (racécadotril) • PAS d'antibiotiques • Hydratation + régime sans résidus • Education : lavage des mains !!!!
	B -	F	4	
	C -	F	3	
	D -	V	4	
	E -	V	4	
	F -	V	4	
	G -	V	4	
	H -	V	4	
QCM 4	A -	V	4	• Insuffisance rénale probablement AIGUE car : - Patient jeune sans antécédent - Absence d'hypocalcémie - Reins de taille et d'échostructure normale - Ici anémie non en lien avec une insuffisance rénale chronique - Profil organique plutot car creatinine x 100 > urée - Ca corrigé = Ca + O,025 (40-Alb) ; Norme : 2,2 à 2,4 mM
	B -	F	3	
	C -	V	4	
	D -	F	3	
	E -	F	3	
	F -	V	4	
	G -	F	3	
	H -	F	3	
	I -	F	3	

QCM 6	A -	V	4	• Réticulocytes > 150 G/L donc anémie régénérative - Elimine cause carentielle (fer et vitamines) - Signes d'hémolyse : haptoglobine indosable; LDH et bilirubines augmentés
	B -	F	3	
	C -	F	3	
	D -	F	3	• La présence de schizocytes et la thrombopénie font évoquer une cause mécanique
	E -	V	8	• Toxique : peu probable car aucune exposition et présence de schizocytes
	F -	V	3	• Auto-immune : possible mais présence de schizocytes
	G -	F	3	• Anémie hémolytique auto-immune + thrombopénie = Sd d'Evans
	H -	F	3	
QCM 8	A -	F	3	• Pathologie liée à une secrétion de toxine par certaines souche d'E. coli - TROP TARD pour l'antibiothérapie (plus de diarrhées) - De plus : ATB favorise la SECRETION de toxine -> aggravation
	B -	V	5	
	C -	V	5	• Déclaration obligatoire pour trouver source + limiter le nombre de cas
	D -	F	3	• Traitement efficace sur le mécanisme physiopath : échange plasmatique
	E -	V	5	• Traitement symptomatique
	F -	F	3	• PAS d'indication dialyse en urgence (hyperkaliémie, OAP, anurie)
	G -	F	3	• Pas d'indication à la transfusion car Hb > 7g/dL, bien toléré
	H -	F	3	• PAS d'IEC en aigu dans l'insuffisance rénale (aggravation)
QCM 9	A -	V	3	• Traitement de l'insuffisance rénale chronique à connaitre sur le bout des doigts
	B -	V	3	• Questions traitements des maladies chroniques = EDUCAIS - Education : Pas d'automédication, pas néphrotoxique
	C -	F	3	- Diététique : Régime hyposodée, restriction protéique modérée, pauvre en K+, Calcium et vitamine D
	D -	V	3	
	E -	V	3	- Urgence : consulter si prise de poids importante
	F -	V	3	- Carte : pas forcément dans l'IRC
	G -	V	3	- Association de patients : dans toutes les maladies chroniques
	H -	V	3	- Insuline / traitement : adapter posologie à clairance; IEC +++ - Surveillance : Poids ++, diurèse, biologie
	I -	V	3	• Connaitre les complications de l'IRC pour savoir les prévenir
	J -	V	3	• Vacciner contre hépatite B en préparation de la dialyse
			210	**Total QCM**

	Réponses	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QROC 3	• Anémie	30	• Dyspnée non obstructive (pas de signe de detresse, pas de signe à l'auscultation) • Saturation à 99% : pas d'hypoxémie • Paleur cutanéo-muqueuse • Donc dyspnée fonctionnelle sur anémie
QROC 5	• Réticulocytes	30	• Réflexe !! • On raisonne sur régénératif / arégénératif dans l'anémie
QROC 7	• Syndrome hémolytique et urémique OU • Microangiopathie Thrombotique	30	• Antécédent récent de diarrhées chez homme jeune • Insuffisance rénale aigue de profil organique • Anémie hémolytique + thrombopénie et schizocyte → Syndrome hémolytique et urémique (cf encadré)
QROC 10	• Erythropoïetine (Recombinante)	30	• Anémie = complication fréquente de l'insuffisance rénale chronique • Traitement = EPO, APRES correction d'une éventuelle carence martiale
		150	**Total QROC**



UE & ITEMS ABORDES

TYPE	ITEMS		INTITULES
	UE	NUMERO	
Question principale	8	260	Néphropathie vasculaire
Questions accessoires	8	261	Insuffisance rénale chronique
	7	302	Diarrhées aïgues et deshydradation de l'enfant et l'adulte



LE + : POUR MIEUX ASSIMILER

FICHE DE SYNTHESE
(POINTS CLES UE POUR MIEUX REPONDRE AUX DOSSIERS CLINIQUES PROGRESSIFS)

Les micro-angiopathies thrombotiques (MAT):
- Il s'agit d'un mécanisme physiopathologique et non d'une maladie en tant que tel
- Plusieurs formes: Syndrome Hémolytique et Urémique (SHU) et Purpura Thrombotique Thrombopénique (PTT)

Le SHU (typique) :
- Physiopathologie :
  - infection par un E. Coli sécrétant une vérotoxine (souche O157:H7)
  - Lésion endothéliale des petits vaisseaux (reins ++) mais aussi cerveau, poumon, foie ..
  - Aggrégation plaquetaire sur l'endothélium endommagé (thrombopénie de consommation)
  - Destruction mécanique du globule rouge sur capillaire endommagé : schizocytes (=GR éclaté)
  - Occlusion des capillaires et lésions ischémique en aval
- Epidémiologie : Rare mais grave ! (donc à connaitre !!)
  - Touche principalement les enfants (< 3 ans) mais adultes également
  - A l'ECN ça serait probablement un enfant de moins de 5 ans, adulte ici à visée didactique
- Clinique :
  - Souvent pauci-symptomatique; Rénal : oligo-anurie; Cérébral : AVC, epilepsie; cardiaque : IDM ..
- Paraclinique :
  - Diagnostic positif :
    - × Insuffisance rénale aigue organique, < 1-1,5g protéines et un peu de sang dans les urines (non glomérulaire)
    - × Anémie hémolytique avec présence de schizocytes (haptoglobine, LDH, bilirubine ..)
    - × Thrombopénie de consommation : CONTRE INDICATION à la transfusion de plaquettes
    - × Recherche de la bactérie et de la toxine dans les selles (copro et PCR)
  - Diagnostic de gravité :
    - × Iono, urée, créatinine : atteinte rénale et recherche HYPERKALIEMIE ++
    - × Gaz du sang : acidose métabolique
    - × Bilan hépatique +/- Troponine si signes cardio
- Prise en charge :
  - Urgence diagnostique et thérapeutique
    - × Mise en condition, Réa si SDG, cathéter de dialyse si indication
  - Ttt symptomatique :
    - × Rééquilibration hydro-électrolytique (Hyperkaliemie ?)
    - × Transfusion de CGR : seulement si anémie mal tolérée ou sévère (<7g/dL)
    - × Transfusion de plaquettes : JAMAIS car entretien la MAT (cf physiopath)
    - × Dialyse : seulement si anurie, surcharge hydro-sodée (OAP), hyperkaliémie ou acidose métabolique sévère
  - Ttt étiologique :
    - × PAS d'ANTIBIOTIQUES : aggrave SHU par relargage de vérotoxine
    - × Echange plasmatique = un des seul traitement ayant montré efficacité
    - × Déclaration Obligatoire à l'ARS est FONDAMENTALE car maladie infectieuse contagieuse !!!
- Surveillance : Numération plaquettaire++, LDH et schizocytes (disparition)
- Evolution : Récupération ad integrum dans la majorité des cas

FICHE CONSENSUS
(CONFERENCES DE CONSENSUS et RECOMMANDATIONS)

Collège hémato	Indications aux transfusions chez l'adulte

Distinguer plusieures situation : la transfusion de concentré globulaires (CGR) est indiqué si :
- Anémie aigue :
  - Patient sans antécédent : Hb < 7g/dL
  - Patient avec ATCD cardiovasculaires : Hb < 8g/dL
  - Patient avec syndrome coronaire aigu ou insuffisance cardiaque : Hb < 10g/dL
- Anémie chronique (mieux tolérées donc seuils plus bas !!) :
  - Chez tout le monde : Hb < 6g/dL
    - × SAUF si très bien toléré et étiologie réversible (carence martiale++)
    - × Exemple de la femme jeune à 5,5g/dL d'hémoglobine sur carence martiale : faute de la transfuser si bonne tolérance
    - × Car regressif rapidement après traitement adéquat
    - × Et risque d'allo-immunisation et donc de complication lors futur grossesse !!
  - Si insuffisance cardiaque ou resp chronique : Hb < 10g/dL
  - Si > 65 ans : Hb < 8g/dL

Collège de néphro	Indications à l'épuration extra-rénale (hémodialyse)

En cas d'insuffisance rénale aigue (A SAVOIR) :
- Surcharge hydrosodée mal tolérée (OAP) ++
- Hyperkaliémie menaçante (>6,5mM)
- Acidosé métabolique sévère (pH < 7,2 ou HCO3- < 10mM)
- IRA sur toxique dialysable (intoxication au methanol)
- Complication urémique (hémorragie digestive, encéphalopathie urémique..)
- Anurie persistante malgrée remplissage/traitement adapté

Si insuffisance rénale chronique :
- Clairance de la créatinine < 10-15mL/min
- Ou oligurie avec surcharge hydro-sodrée
- Signes d'hyperurémie

Notes personnelles

UE dossier clinique progressif N° 15

Un symptome pas si banal

1 Enoncé

Vous voyez en consultation de médecine générale Mlle Claire T., jeune étudiante de 19 ans. Sa plainte principale est des douleurs récurrentes des doigts. Elle vous raconte que depuis 10 mois ses mains deviennent rapidements toutes blanches, puis bleues au froid. Il s'ensuit après réchauffement de celles-ci de fortes douleurs avec des mains très rouges et chaudes.

QROC 1	**Voici photo de la symptomatologie de la patiente** **Quel est votre diagnostic ?** **Texte libre (1 à 3 mots)**

QCM 2	**Vous diagnostiquez un phénomène de Raynaud.** **Quels critères recherchez-vous en faveur d'un phénomène de Raynaud primaire ?** **(Jusqu'à 8 réponses)**
A -	Phénomène typique en 3 phases se succédant
B -	Bilatéral et symétrique
C -	Atteinte des pouces
D -	Atteinte du nez ou des oreilles
E -	Absence de troubles trophiques
F -	Absence d'un pouls
G -	Facteur déclenchant identifié (froid/stress)
H -	Prise de béta-bloquant
I -	Manoeuvre d'Allen anormale
J -	Profession exposant à des vibrations des mains
K -	Recul supérieur à 1-2 ans

QCM 3	**Votre examen clinique est normal. La symptomatologie est bilatérale et symétrique, épargnant les pouces, sans absence de pouls. La manoeuvre d'Allen est normale et il n'y a pas de trouble trophique. Elle ne prend pas de médicaments mais fume 1 paquets/jour. Elle n'a aucun antécédent personnel ou familial particulier.** **Quel bilan paraclinique prescrivez-vous ?** **(Jusqu'à 4 réponses)**
A -	Aucun bilan
B -	Recherche d'anticorps anti-nucléaires
C -	Artériographie carpienne bilatérale
D -	Capillaroscopie péri-unguéale
E -	NFS
F -	Radiographie du thorax et des mains et poignets
G -	Recherche d'anticorps anti-phospholipides

QCM 4	**La patiente est satisfaite des mesures hygieno-diététique et ne réalise pas le bilan que vous lui avez prescrit.** **Elle revient en consultation 8 mois plus tard pour une lésion ulcérée de l'extrémité du 2ème doigt gauche très douloureuse et invalidante.** **Quels sont les mesures indispensable de votre prise en charge à court et moyen terme?** **(Jusqu'à 6 réponses)**
A -	Hospitalisation initiale
B -	Séro-vaccination anti-tétanique
C -	Traitement antalgique
D -	Arrêt du tabac
E -	Soins locaux
F -	Traitement immunosuppresseur

QROC 5	**La patiente est hospitalisée et reçoit un traitement adapté, la lésion évolue favorablement.** **Vous retrouvez un patiente avec une sclérodactylie importante et une induration cutanée jusqu'à la moitié des avant-bras, inexistantes lors de la dernière consultation. Vous retrouvez également de nombreuses télangiectasie cutanéo-muqueuses. Elle est apyrétique. La saturation est à 90% en air ambiant. L'auscultation pulmonaire est normale. Il n'existe pas de turgescence jugulaire ou de reflux hépato-jugulaire.** **Le bilan que vous avez prescrit retrouve :** **Anticorps anti-nucléaires positifs à 1/1280 et il est retrouvé des anticorps anti-Scl70.** **Vous suspectez très fortement une Sclérodermie systémique cutanée diffuse.** **Vous réalisez une capillaroscopie péri-unguéale pour étayer ce diagnostic, quelle lésion serait retrouvé par cet examen s'il s'averait positif?** **(1 mot)**

QCM 6	**La patient se plaint également d'une dyspnée d'effort modérée (stade II NYHA) depuis quelques semaines.** **Avant tout examen clinique quelles sont les 2 hypothèses les plus probables pour expliquer cette dyspnée chez cette patiente?** **(Jusqu'à 2 réponses)**

A - Embolie pulmonaire
B - Pneumopathie interstitielle associée à la sclérodermie
C - Hypertension artérielle pulmonaire secondaire
D - Pneumopathie aigue infectieuse
E - Anémie hémolytique auto-immune
F - Broncho-pneumopathie chronique obstructive
G - Fibrose pulmonaire idiopathique

QCM 7	**Vous réalisez un scanner thoracique non injecté, le parenchyme pulmonaire est sans particularité.** **Cliniquement la patiente se dit fatiguée, vous retrouvez un éclat du B2 au foyer pulmonaire.** **Vous suspectez donc en priorité une hypertension artérielle pulmonaire.** **Quels sont les 3 examens à visée diagnostics que vous réalisez en priorité compte tenu du tableau ?** **(Jusqu'à 3 réponses)**

A - Explorations fonctionnelles respiratoires avec mesure du DLCO
B - Gaz du sang en air ambiant
C - Scanner thoracique injecté
D - Scintigraphie pulmonaire de ventillation/perfusion
E - Echographie cardiaque transthoracique par un opérateur formé à l'HTAP
F - Angiographie pulmonaire

QCM 8	**Les gaz du sang en air ambiant objectivent : pH = 7,44; PO2 = 62mmHg; PCO2 = 35mmHg; HCO3- = 22mM, saturation = 90%.** **Sous deux litres d'oxygène la saturation est à 99%.** **La Spirométrie est normale mais le DLCO est effondré (30% de la théorique).** **L'échographie met en évidence un coeur avec une bonne fonction contractile globale, une FEVG preservée, une pression artérielle pulmonaire systolique estimée à 75mmHg et une pression de l'oreillete droite à 4mmHg.** **Quelles sont les propositions exactes ?** **(Jusqu'à 4 réponses)**

A - Hypoxémie au gaz du sang
B - Hypercapnie au gaz du sang
C - Effet shunt vrai
D - Probable hypertension artérielle pulmonaire pré-capillaire
E - Probable hypertension artérielle pulmonaire post-capillaire
F - Insuffisance cardiaque droite sévère
G - Insuffisance cardiaque gauche sévère

QROC 9	**Quel est l'examen fondamental à réaliser pour caractériser cette hypertension artérielle pulmonaire ?** **Texte libre (1 à 3 mots)**

QCM 10	**Vous réalisez un cathétérisme cardiaque droit, quelles sont les mesures réalisées lors de cet examen ?** **(Jusqu'à 8 réponses)**

A - Pression oreillette droite (POD)
B - Pression systolique du ventricule gauche
C - Pression systolique et télé-diastolique du ventricule gauche (PSVD et PTDVD)
D - Pression systolique et télé-diastolique du ventricule droit (PTDVG et PSVG)
E - Pression artérielle pulmonaire d'occlusion (PAPO)
F - Débit cardiaque
G - Saturation veineuse en oxygène au niveau de l'artère pulmonaire (SvO2)
H - Resistances vasculaires pulmonaires

2 Corrigé



LE + : PREMIERE LECTURE, CONSEILS ET ASTUCES

- **Appréciation globale et difficulté du dossier clinique progressif :**
  - Dossier de cours sur Raynaud et HTAP
  - Difficulté : 2/3
  - A classer en 2ème position parmi les 3 dossiers de l'épreuve
- **Zéros et mots clés à inscrire sur le brouillon :**
  - Plaie = SAT-VAT, soins locaux
  - Arrêt du tabac systématique
- **Astuces, réflexes et pièges QCM / QROC :**
  - Procéder par élimination
  - Aller du plus probable au moins probable (contexte++)



GRILLE DE CORRECTION & COMMENTAIRES

		V F	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QCM 2	A -	V		• Syndrome de Raynaud primaire = Maladie de Raynaud • Diagnostic d'élimination : - Recul 1-2 ans - Eliminer prise médicamenteuse, profession à risque - Critères cliniques (épargne pouce, symétrique, seulements mains, examen clinique normal, femme jeune) - Absence de complication - Bilan paraclinique systématique normal
	B -	V		
	C -	F		
	D -	F		
	E -	V		
	F -	F		
	G -	V		
	H -	F		
	I -	F		
	J -	F		
	K -	V		
QCM 3	A -	F		• Bilan paraclinique minimal systématique si Raynaud non compliqué et nu - Recherche maladie auto-immune (Ac anti-nucléaire) - Syndrome myelo-prolifératif (NFS) - Signe de sclérodermie (capillaroscopie) - Signe de compression artérielle / malformation osseuse (Rx mains et poignets) - Signes d'HTAP ou de pathologie du parenchyme (RX du thorax) • Différence dans les bilans indiqués selon les collèges …
	B -	V		
	C -	F		
	D -	V		
	E -	V		
	F -	V		
QCM 4	A -	V	6	• Patiente avec Sd de Raynaud compliqué • Nécéssité d'un bilan en hospitalisation : ne doit pas être perdue de vue • Soins locaux, SAT-VAT • Arrêt du tabac indispensable • Origine immunologique probable mais pas de traitement immuno-supresseur en aigu : risque d'infection extensive !!!!
	B -	V	6 **PMZ**	
	C -	V	6	
	D -	V	6	
	E -	V	6	
	F -	F	F **(-10 si V)**	

QCM 6	A -	F	0	• HTAP et pneumopathie interstitielles sont les deux atteintes pulmonaires associées à la sclérodermie • Même si on ne le sait pas : - Pas d'argument pour EP (pas de pilule, pas de douleur tho, pas d'antécédents…) - Pas du tout le tableau d'une pneumopathie infectieuse - Dyspnée associée à une anémie : la saturation serait > 95 % - Fibrose pulmonaire idiopathique touche les sujets d'environ 50 ans, non associé à la sclérodermie - Trop jeune pour une BPCO (et même pour un emphysème sur déficit en alpha 1 antitrypsine)
	B -	V	15	
	C -	V	15	
	D -	F	0	
	E -	F	0	
	F -	F	0	
	G -	F	0	
QCM 7	A -	V	10	• On suspecte une HTAP associée à une sclérodermie : - Diagnostic positif : échographie cardiaque (attention difficile : opérateur dépendant) - Diagnostic de gravité : Gaz du sang ; EFR avec mesure du DLCO • Scintigraphie V/Q et Angio-TDM indiquées pour les HTP post-emboliques • Angiographie pulmonaire : examen desuet et dangereux
	B -	V	10	
	C -	F	0	
	D -	F	0	
	E -	V	10	
	F -	F	0	
QCM 8	A -	V	5	• PaO2 < 70 mmHg = hypoxémie • PaCO2 < 38mmHg = hypocapnie • PIEGE : - PaO2 + PCO2 < 120 = effet shunt - Mais correction de l'hypoxémie par faible débit O2 - Il ne s'agit pas d'un shunt vrai - Car si shunt circulation droite-gauche, l'administration d'O2 dans les alvéole n'augmente pas la saturation (le sang ne passe pas dans l'alvéole!!) • Pas de signe gauche (OAP), FEVG préservé : pas d'IVG • Pas de signe droit, POD basse, bonne contractilité du VD : pas d'IVD
	B -	F	4	
	C -	F	4	
	D -	V	5	
	E -	F	4	
	F -	F	4	
	G -	F	4	
QCM 10	A -	V	4	• Cathétérisme cardiaque droit est un examen invasif mais incontournable de l'HTP - Ponction dans la veine jugulaire interne droite (le plus souvent) - Cathétérisation jusqu'à oreillette droite, le VD puis l'artère pulmonaire - Mesures des pressions - Mesure du débit cardiaque (méthode de thermodilution ++ et Fick) : PRONOSTIC - Mesure de la SvO2 dans le sang veineux mélé (< 70 % = signe de gravité car indicateur de bas débit cardiaque) - Calcul des résistances vasculaires pulmonaires
	B -	F	3	
	C -	V	4	
	D -	F	3	
	E -	V	4	
	F -	V	4	
	G -	V	4	
	H -	V	4	
			210	**Total QCM**

	Réponses	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QROC 1	• Phénomène ou Syndrome • (de) • Raynaud	10 20	• Phénomène de Raynaud typique • Le diagnostic est clinique • Attention MALADIE de Raynaud sous entend caractère primitif • 10 points/30 si reponse = Maladie de Raynaud
QROC 5	• Mégacapillaire	30	• Dilatations des capillaires péri-inguéaux très spécifiques d'une connectivite • Pour l'ECN : mégacapillaires = sclérodermie
QROC 9	• Cathétérisme • (Cardiaque) • Droit (ou Swan-Ganz)	15 15	• Examen incontournable de l'hypertension artérielle pulmonaire • Invasif donc seulement une fois que l'HTP est quasi-certaine • Voir encadré
		90	**Total QROC**



UE & ITEMS ABORDES

TYPE	ITEMS		INTITULES
	UE	NUMERO	
Question principale	8	222	Hypertension artérielle pulmonaire
Questions accessoires	8	237	Acrosyndromes (Syndrome de Raynaud)
	7	188	Maladies auto-immunes : Epidémiologie, diagnostic et aspects des ttt
	7	199	Dyspnée aiguë et chronique



LE + : POUR MIEUX ASSIMILER

FICHE DE SYNTHESE
(POINTS CLES UE POUR MIEUX REPONDRE AUX DOSSIERS CLINIQUES PROGRESSIFS)

L'hypertension Artérielle Pulmonaire :

- Définition :
  - Pression artérielle pulmonaire moyenne > 25mmHg mesuré lors d'un cathétérisme cardiaque droit
  - Augmentation des resistances pulmonaires -> augmentation pression -> insuff cardiaque droite -> décès
  - On parle d'HTP = Hypertension artérielle pulmonaire
  - "HTAP" QUE pour les HTP de groupe 1 (Primaires, associées aux maladies auto-immunes ou aux médicaments)
- Classification (à titre indicatif) :
  - Groupe 1 (pré-capillaire) : primaire / génétique / associé médicament/VIH/connectivites ..
  - Groupe 2 (post-capillaire) : Cardiopathie gauche
  - Groupe 3 (pré-capillaire) : Insuffisance respiratoire chronique
  - Groupe 4 (pré-capillaire) : Post-embolique
  - Groupe 5 (souvent pré-cap) : toutes les autres étiologies ou étiologie multi-factorielle
- Clinique :
  - Dyspnée ++
  - Syncope, trouble du rythme, asthénie ..
  - Interrogatoire : Recherche d'une cause : ATCD EP, tabagisme, maladie respiratoire chronique, VIH, cardiopathie ... PRISE DE MEDICAMENTS !
- Paraclinique :
  - Systématique si suspicion : Gaz du sang, Scanner thoracique, Exploration fonctionnelles respi (avec DLCO) et echographie cardiaque transthoracique.
  - Confirmation/etiologie/gravité = cathétérisme cardiaque droit
  - Si suspicion post-embolique : Scintigraphie V/Q; Angioscanner thoracique
  - Autres : sérologie VIH, bilan hépatique, anticorps anti-nucléaires .. selon orientation
  - Facteurs pronostics : Echelle NYHA dyspnée, Débit cardiaque ++ (beaucoup plus que les chiffres de PAP), Temps de marche des 6 minutes++

UE dossier clinique progressif N° 16

Un problème intrinsèque

1 Enoncé

Vous hospitalisez dans votre serivce de médecine interne Mme Sophie H., 42 ans pour une asthénie depuis quelques mois. C'est une cadre supérieure habituellement dynamique. Elle a du arrêter toute activité sportive depuis 3 mois car elle se sent beaucoup plus faible qu'avant. Son mari lui a également fait remarquer qu'elle marche bizarrement, laissant retomber lourdement son talon sur le sol avant le reste du pied à chaque pas.

QCM 1	**Ressortant d'un semestre de neurologie, vous commencez par vous interesser à son problème neurologique. La patiente est consciente, orientée dans le temps et dans l'espace. L'examen des paires craniennes est normal. Vous retrouvez une force diminuée, cotée à 3/5 aux deux membres inférieurs. Les réflexes sont vifs, diffusants aux membres inférieurs. Les reflexes cutanés plantaires sont en extensions bilatérale. Vous retrouvez également un signe d'Oppenheim. Vous retrouvez une spasticité en extension du membre inférieur cédant d'un coup à la flexion passive. Il n'y a pas d'amyotrophie. La sensibilité tactile épicritique semble conservée ainsi que la sensibilité thermo-algique. Elle se plaint néanmoins d'une impression de marcher sur du coton. La proprioception est également diminuée. Vous retrouvez une instabilité à la manoeuvre de Romberg, aggravée à la fermeture des yeux. La manoeuvre "doigt-nez" est dans les limites de la normale, pas d'anomalie à la manoeuvre des marionnettes. Il n'y a pas de vertige. Quelles sont les réponses exactes concernant vos conclusions de l'examen clinique ? (Jusqu'à 4 réponses)**

A - Syndrome extra-pyramidal bilatéral
B - Syndrome pyramidal bilatéral
C - Syndrome cérébelleux
D - Syndrome cordonnal postérieur
E - Syndrome neurogène périphérique
F - Syndrome de Brown-Sequard
G - Syndrome alterne sensitif
H - Syndrome cordonnal antérieur
I - Syndrome syringomyélique

QCM 2	**Vous concluez à un syndrome pyramidal associé à un syndrome cordonnal postérieur. Quelles pathologies pouvez-vous évoquer pour expliquer ces symptomes ? (Jusqu'à 5 réponses)**

A - Sclérose latérale amyotrophique
B - Polyradiculonévrite aigue (Syndrome de Guillain Barré)
C - Première poussée de sclérose en plaque
D - Sclérose combinée de la moelle d'origine carentielle
E - Lèpre
F - Compression médullaire incomplète
G - Neuro-lupus

QROC 3	**Dans le cas où vous évoqueriez une compression médullaire, quel examen paraclinique devriez-vous réaliser en urgence ? Texte libre (2 à 4 mots)**

QCM 4	Le reste de votre examen clinique met en évidence : Des constantes dans la normale, absence de fièvre. Vous retrouvez un léger ictère conjonctival, une langue dépapillée et des perlèches, il n'y a pas d'autre lésion cutanée. L'abdomen est souple, sans organomégalie. Elle ne prend pas de médicaments, ne fume pas et ne boit de l'alcool qu'occasionellement. Votre bilan de débrouillage vous revient : NFS : Hb : 7,5g/dL; VGM : 120µ; Leucocytes : 3,5G/L dont 2G/L lymphocytes et 1G/L PNN; Plaquettes : 140G/L Le ionogramme et le bilan hépatique sont sans particularité. CRP < 4mg/L. VS à 40mm à 1h. LDH : 2N; Haptoglobine à 0,2g/L (norme : 0,5 à 1,5 g/L); bilirubine libre à 2,5N; ALAT, ASAT, PAL et gammaGT normales. Anticorps anti-nucléaires négatifs. Reticulocytes : 7G/L Quelles sont les réponses exactes ? (Jusqu'à 7 réponses)

A - Anémie normocytaire
B - Anémie macrocytaire
C - Lymphopénie
D - Anémie arégénérative
E - Hémolyse
F - Syndrome de cholestase biologique
G - Syndrome inflammatoire biologique
H - Pancytopénie

QROC 5	Quelle étiologie suspectez-vous en priorité devant ce syndrome neuro-anémique ? Texte libre (1 à 3 mots)

QCM 6	Vous suspectez une anémie de Biermer. Quels examens réalisez-vous ? (Jusqu'à 8 réponses)

A - Dosage vitamine B12
B - Dosage vitamine B9
C - Anticorps anti-transglutaminase
D - Recherche d'anticorps anti-facteur intrinsèque
E - Recherche d'anticorps anti-cellules partiétales gastriques
F - Myelogramme
G - TSH
H - Fibroscopie oeso-gastro-duodénale avec biopsies

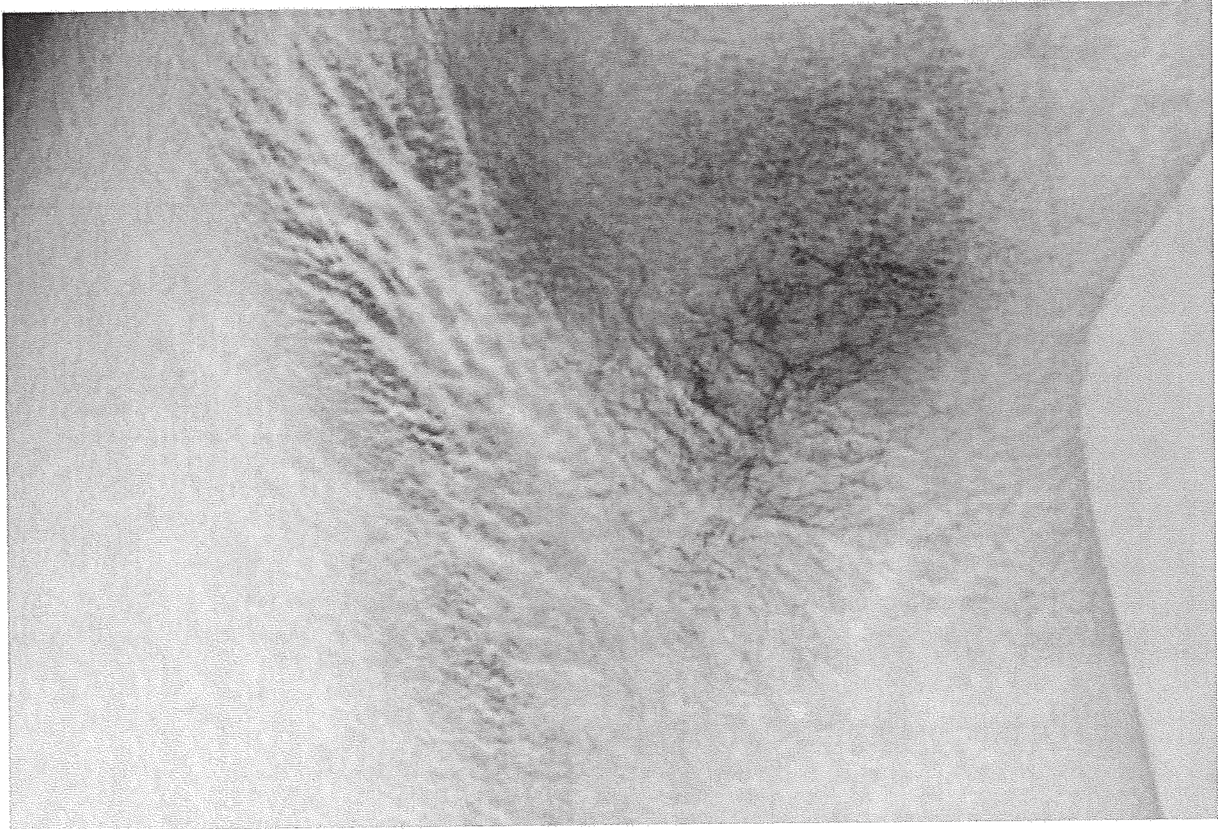
QCM 7	Quelles sont les réponses exactes concernant les résultats des examens en cas d'anémie de Biermer ? (Jusqu'à 6 réponses)

A - Moelle pauvre au myelogramme
B - Moelle riche "bleue" au myelogramme
C - Présence de fibrose extensive au myelogramme
D - Asynchronisme nucléo-cytoplasmique au myelogramme
E - Polynucléaires hypersegmentés au frottis sanguin
F - Corps de Heinz au frottis sanguin
G - Dosage de vitamine B9 normale
H - Gastrite atrophique à la biopsie gastrique

QROC 8	Le diagnostic d'anémie de Biermer est confirmé, comment expliquez-vous l'haptoglobine basse et les LDH augmentés ? Texte libre (2 à 3 mots)

QCM 9	Quels traitements prescrivez-vous ? (Jusqu'à 8 réponses)

A - Eviction du gluten totale et à vie
B - Supplémentation en vitamine B12 per os
C - Supplémentation en vitamine B12 intra-musculaire
D - Supplémentation en B12 jusqu'à correction de l'anémie
E - Supplémentation en B12 à vie
F - Supplémentation en vitamine B9 initiale
G - Surveillance par FOGD/3 à vie
H - Corticothérapie systémique per os
I - Hydroxychloroquine



QCM 10	Votre traitement est efficace avec correction rapide de l'anémie et amélioration de la symptomatologie neurologique. Vous perdez néanmoins la patiente de vue et la revoyez 22 ans plus tard. Elle semble alors asthénique et à la limite de la cachexie. Elle vous raconte que plus rien ne va depuis 8 mois. Elle a perdu 12kg (elle pèse actuellement 45kg pour 1m70) en 6 mois car elle n'arrive plus à garder les aliments qu'elle vomit rapidement après le repas. Elle rapporte également une impression de satiété très rapide après quelques bouchées. Elle a eu un épisode de gros bras gonflé il y a 3 mois, traité par piqures dans le ventre pendant 6 semaines par son médecin traitant. A l'examen clinique vous retrouvez des taches brunatres au niveau des plis de l'aisselle (voir photo). Quelles sont les réponses exactes ? (Jusqu'à 6 réponses)

A - Dénutrition sévère
B - Dénutrition modérée
C - Probable acanthosis nigricans
D - Probable candidose des plis
E - Syndrome de Trousseau (thrombophilie paranéoplasique)
F - Il faut évoquer un adénocarcinome gastrique
G - Il faut évoquer un lymphome gastrique
H - Il faut évoquer une carcinome épidermoïde ORL
I - Il faut évoquer une insuffisance corticotrope

QROC	Visualisez la vidéo numéro y Si la patiente était initialement arrivée à votre consultation avec comme plainte un syndrome pyramidal des deux membres inférieurs avec des fasciculations des membres supérieurs et ce symptome, quelle maladie auriez-vous du évoquer ? Texte libre (1 à 3 mots)

2 Corrigé



LE + : PREMIERE LECTURE, CONSEILS ET ASTUCES

- **Appréciation globale et difficulté du dossier clinique progressif :**
  - Dossier assez simple de maladie de Biermer
  - Difficulté : 1/3
  - A classer en 1ère position parmi les 3 dossiers de l'épreuve
- **Zéros et mots clés à inscrire sur le brouillon :**
  - Deficit neurologie = connaitre la systématisation !
  - Regrouper les symptomes en syndromes +++
- **Astuces, réflexes et pièges QCM / QROC :**
  - Répondre par élimination
  - Utiliser le bon sens pour le ttt : ttt = A vie et intra-musculaire



GRILLE DE CORRECTION & COMMENTAIRES

		V F	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QCM 1	A -	F	2	• Ne pas se laisser impressionner par la longueur de la description • Regrouper sur votre brouillon les symptomes en syndrome • On se retrouve avec un Sd Pyramidal et un syndrome cordonnal postérieur • Correspond par définition à une sclérose combiné de la moelle • Facilite donc la reflexion diagnostique
	B -	V	8	
	C -	F	2	
	D -	V	8	
	E -	F	2	
	F -	F	2	
	G -	F	2	
	H -	F	2	
	I -	F	2	
QCM 2	A -	F	4	• Atteinte CENTRALE (moelle) : • Elimine d'emblée : guillain-barré et lèpre • Atteinte motrice ET sensitive : - Elimine la sclérose latérale amyotrophique (motoneurone seulement) • Il reste ces 4 étiologies qui sont des diagnostics différentiels entres elles • NB : la compression médulaire quand elle est totale donne : • Un Sd lesionnel, sous lésionnel et rachidien • Ici le tableau est incomplet mais devant le syndrome pyramidal et les troubles de la marche il ne faut pas passer à coter d'une compression débutante
	B -	F	3	
	C -	V	5	
	D -	V	5	
	E -	F	3	
	F -	V	5	
	G -	V	5	
QCM 4	A -	F	2,5	• Anémie avec VGM > 100 : macrocytaire • Reticulocytes < 150G/L : arégénérative • Plaquettes < 150G/L : thrombopénie • PNN < 1500/mm3 : neutropénie ; lymphocytes > 1500/mm3 • Déficit des 3 lignées : PANCYTOPENIE • NB : on ne tient pas compte des lymphocytes pour dire pancytopénie - Hapto basse et LDH et bilirubine haute = probable hémolyse - Bilirubine haute avec PAL et GGT normal : pas de cholestase
	B -	V	5	
	C -	F	2,5	
	D -	V	5	
	E -	V	5	
	F -	F	2,5	
	G -	F	2,5	
	H -	V	5	

QCM 7	A -	V	4	• Anémie de Biermer = carence vitamine B12 donc à doser !! • Doser B9 pour éliminer une carence mixte • Evoquerai carence d'apport (dénutrition) ou malabsorption globale - Myelogramme à faire devant toute cytopénie (hors chimiothérapie) - Ac anti facteur intrinsèque : Spécifique mais peu sensible - Ac anti cellule pariétale : sensible mais peu spécifique .. - FOGD doit être faite : gastrique atrophique • TSH : deux intérets : - recherche thyroidite auto-immune souvent associée - hypothyroidie peut causer anémie macrocytaire
	B -	V	4	
	C -	F	2	
	D -	V	4	
	E -	V	4	
	F -	V	4	
	G -	V	4	
	H -	V	4	
QCM 8	A -	F	3	• Résultats du myelogramme caractéristiques : - Moelle riche / bleue (hyperbasophile) - Megaloblastes / mégacaryoblastes - Asynchronisme de maturation nucléo-cytoplasmique (voir encadré) • PNN hypersegmenté au frottis doit vous faire penser à la carence en B12 • Les corps de Heinz se voient principalement dans les déficits en G6PD
	B -	V	4	
	C -	F	3	
	D -	V	4	
	E -	V	4	
	F -	F	4	
	G -	V	4	
	H -	V	4	
QCM 9	A -	F	3	• Le traitement en purement symptomatique - Supplémentation A VIE en B12 - Par voie IM car malabsorption de vitamine B12 - Supplémentation initiale en B9 (car régénération médullaire) • Pas de rapport avec la maladie coeliaque (souvent pas de carence en B12 dans la MC) • Pas de traitement étiologique en 2014..
	B -	F	3	
	C -	V	4	
	D -	F	3	
	E -	V	4	
	F -	V	4	
	G -	V	3	
	H -	F	3	
	I -	F	3	
QCM 10	A -	V	4	• Perte de poids > 15 % en 6 mois : dénutrition sévère • Pigmentation des plis = acanthosis nigricans (voir encadré) • Episode de gros bras = thrombose veineuse du membre supérieur : - Hautement atypique !! doit faire rechercher Cancer ou thrombophilie - Si associé à un cancer (gastrique++) : syndrome de Trousseau • ATCD gastrite chronique atrophique + symptomatologie : Adénocarcinome gastrique • Dans insuffisance corticotrope : déficit en ACTH : paleur et non mélanodermie !
	B -	F	4	
	C -	V	4	
	D -	F	2	
	E -	V	5	
	F -	V	5	
	G -	F	2	
	H -	F	2	
	I -	F	2	
			180	**Total QCM**

	Réponses	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QROC 3	• IRM • médullaire	15 15	• A la moindre suspicion de compression médullaire l'IRM medullaire doit être réalisé en urgence • Attention il faut préciser médullaire !! • Aucun interêt du scanner (moelle très mal visualisée)
QROC 5	• Anémie (ou Maladie) • (de) • Biermer	10 20	• Anémie fortement macrocytaire sans prise d'alcool ou de médicaments, TSH normale et pas de dénutrition • Sclérose combinée de la moelle → Diagnostic à savoir évoquer
QROC 8	• Hémolyse • Intra-médullaire	10 20	• Maturation erythroblastique se fait mal --> mégaloblastes qui sont plus fragiles • Destruction des erythroblaste dans la moelle
QROC 10	• Sclérose latérale amyotrophique • OU • Maladie de Charcot	30	• Il s'agit de fasciculations de la langue • Indique une dénervation donc évoque une atteinte du motoneurone
		120	**Total QROC**



UE & ITEMS ABORDES

TYPE	ITEMS		INTITULES
	UE	NUMERO	
Question principale	8	269	Ulcère gastro-duodénal, Gastrite
Questions accessoires	7	209	Anémie chez l'enfant et l'adulte
	4	90	Déficit moteur ou sensitif des membres
	9	300	Cancer de l'estomac



LE + : POUR MIEUX ASSIMILER

FICHE DE SYNTHESE (POINTS CLES UE POUR MIEUX REPONDRE AUX DOSSIERS CLINIQUES PROGRESSIFS)

Physiopathologie de l'Anémie de Biermer :

- La vitamine B12 :
  - Vitamine indispensable apportée par l'alimentation (volailles, foie)
  - Impliquée dans la synthèse de l'ADN
  - Elle est absorbée dans le tube digestif au niveau de l'iléon (partie distale du petit intestin)
  - Vitamine FRAGILE : facilement dégradée par enzymes digestive
  - Protégée par le facteur intrinsèque sécrété dans l'estomac par les cellules pariétales
- L'auto-immunité :
  - L'anémie de Biermer est une maladie auto-immune
  - Destruction auto-immune des cellules parietale de l'estomac
  - Plus de sécrétion de facteur intrinsèque : non absorption de vitamine B12 : carence
  - Epiphénomènes de cette immunité : Ac anti FI et anti cellules pariétale
  - Les anticorps ne sont pas effecteurs donc pas indispensable de les avoir pour être malade (sensibilité)
- L'anémie et les autres cytopénies:
  - La vitamine B12 est impliquée dans la synthèse d'ADN
  - Dans l'erythropoïèse 2 mécanismes concomitants dans l'erythroblaste :
    - × Synthèse d'hémoglobine (grace au fer !!) : la cellule GROSSIT
    - × Synthèse d'ADN (grace à B9 et B12) : la cellule se divise donc DIMINUE de taille
    - × → Si carence B12 ou B9 : erythroblaste ne se divisant pas : anémie MACROCYTAIRE
    - × → Si carence fer : erythroblaste se divisant sans "contenu" : anémie MICROCYTAIRE
    - × Si carence sévère touche les lignée granulocytaire et plaquettaire (pancytopénie)
- L'atteinte neurologique :
  - La carence en vitamine B12 entraine une démyélinisation des voies longues centrales
  - Par souffrance des oligodendrocytes responsable de la myélinisation
  - Donc atteinte centrale, "longueur dépendante", touchant en premier les extrémités
  - Les cordons postérieurs (lemniscal) et postéro-latéraux (pyramidal) sont les plus sensibles car très myélinisés
  - Les cordons antérieurs (extra-lemniscal = thermo-algique) le sont moins et ne sont donc pas touché

Consensus

UE dossier clinique progressif N° 17

Une pneumopathie atypique

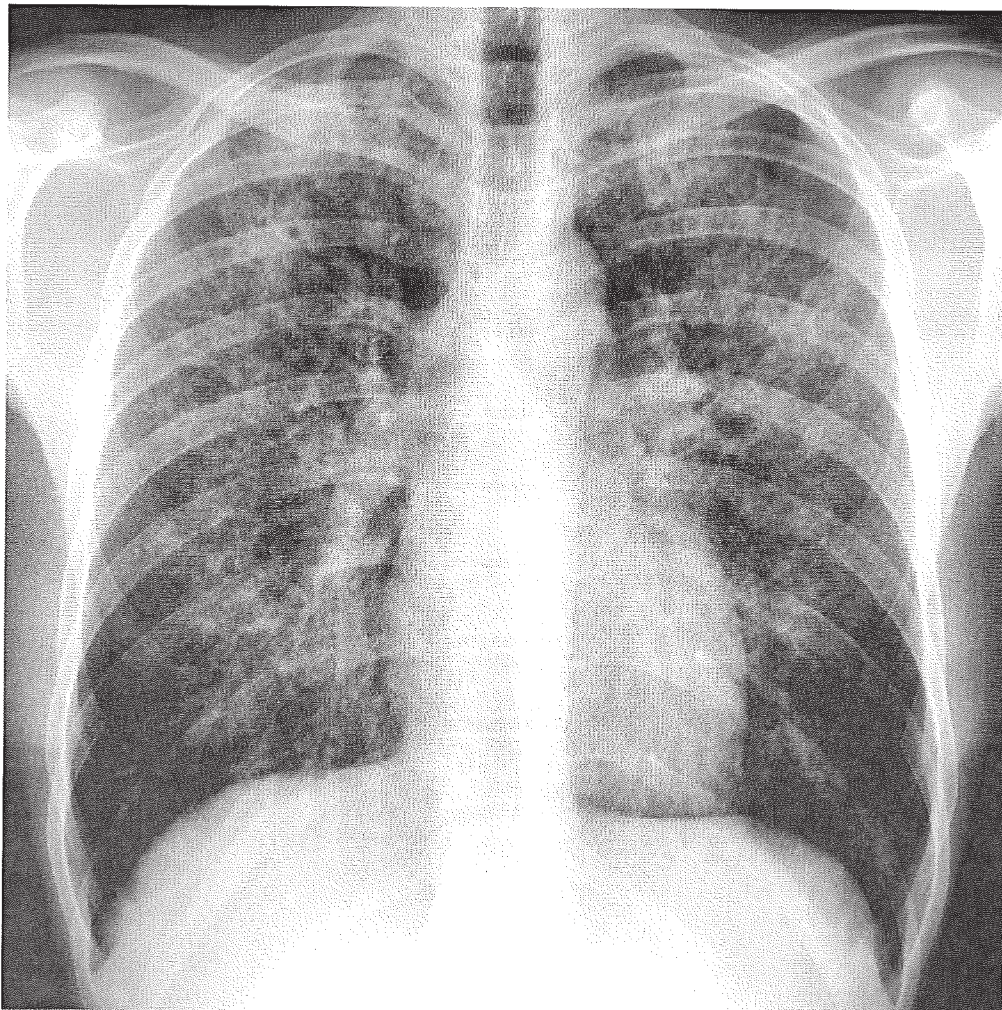
1 Enoncé

Vous examinez aux urgences M. Bastien W. jeune SDF de 27 ans consultant pour une fièvre évoluant depuis une dizaine de jour associé à une dyspnée.
Le patient vit depuis 2 ans dans un squat sans un vieil hotel désaffecté, il n'y a pas de notion de contage, il n'a jamais quitté le territoire français.
Il rapporte depuis 10 jours une sensation fiévreuse sans mesure objective de celle-ci ainsi que quelques sueurs noctures. Il se dit essouflé au moindre pas et présence une toux sèche. Il n'a aucune douleur.
On retrouve des lésions buccales compatibles avec un erythème polymorphe.
Sa température est à 38,2°C, sa tension à 124/78, et sa saturation à 88% en air ambiant.
Il fume 1 paquet de cigarettes/jour et vous ne pouvez vous empecher de remarquer des points de ponction au niveau du pli du coude gauche.
Son examen physique est pauvre avec une auscultation sans particularité et une maigreur. Les bruits du coeurs sont réguliers, sans souffle audible.

QCM 1	Quels examens complémentaires réalisez-vous ? (Jusqu'à 8 réponses)

A - Gaz du sang en air ambiant
B - Scanner thoracique injecté
C - Radiographie du thorax
D - Electrocardiogramme
E - Hémoculture aéro-anaérobies
F - Examen cyto-bactériologique des crachat (si possible)
G - Antigénurie pneumocoque et legionella
H - NFS et CRP

QROC 2	Quel diagnostic faudrait-il évoquer si vous retrouviez de multiples lésions avec un niveau hydro-aérique dans les deux poumons ? (diagnostic + localisation) Texte libre (2 à 4 mots)



CM 3	Voici la radiographie du thorax, interprettez là. (Jusqu'à 5 réponses)

A - Opacités alvéolaires
B - Bronchogrammes aériens
C - Opacités réticulo-nodulaires
D - Emoussement des culs de sac pleuraux
E - Syndrome interstitiel
F - Syndrome alvéolaire
G - Lésions systématisées

QCM 4	Les gaz du sang en air ambiant montrent : pH : 7,45; PaO2 : 65mmHg; PaCO2 : 35mmHg; HCO3- : 21mM NFS : Leucocytes : 5,5G/L dont 3,5 G/L PNN, 1G/L lymphocytes, 1G/L monocytes; Plaquettes : 175G/L; Hb : 13,5g/dL CRP : 87mg/L L'ECG est sans particularité Les documentations microbiologiques sont en cours de traitement. Il est décidé d'orienter le traitement pour traiter un éventuel Mycoplasma pneumoniae. Quels est votre prise en charge ? (Jusqu'à 5 réponses)

A - Hospitalisation
B - Traitement ambulatoire
C - Oxygénothérapie à la lunette
D - Traitement antipyrétique systématique
E - Isolement air
F - Antibiothérapie par une béta-lactamine (amoxiciline)
G - Antibiothérapie par un macrolide (spiramycine)
H - Réévaluation de l'antibiothérapie à 48-72h

QROC 5	**Le patient reçoit en fait de la levofloxacine et est hospitalisé en service conventionnel au vue de son oxygéno-dépendance et du doute diagnostic. Au bout de 48 après le traitement, le patient reste fébrile et son état respiratoire s'aggrave. Il apparait des signes de tirage et le débit d'oxygène doit être augmenté pour garder une saturation supérieure à 92%. Les derniers résultats biologiques montrent : NFS : Hb : 11g/dL; Leucocytes : 3G/L dont 0,5G/L lymphocytes et 2 G/L PNN LDH : 3N; CRP : 120 mg/L Toutes vos explorations microbiologiques sont négatives. Quel diagnostic concernant l'atteinte pulmonaire devez-vous absolument évoquer devant l'echec de cette antibiothérapie ? Texte libre (1 à 3 mots)**

QCM 6	**Vous suspectez à juste titre une pneumocystose chez un patient très probablement infecté par le VIH. Comment pouvez-vous confirmer ce diagnostic ? (Jusqu'à 7 réponses)**

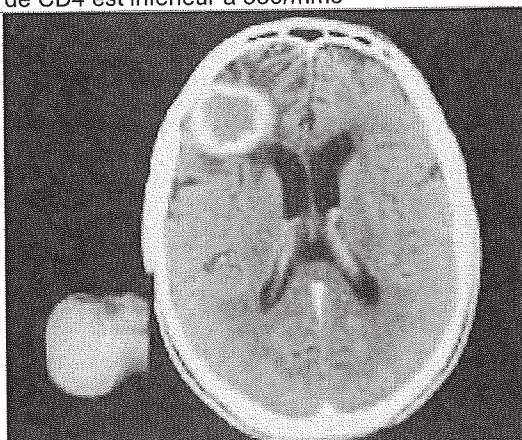
A - Lymphotypage CD4
B - Serologie pneumocystis
C - ECBC
D - Lavage broncho-alvéolaire sous oxygénothérapie fort débit
E - Prelevement à analyser en coloration de Gomori-Grocott
F - PCR pneumocystis dans le sang
G - Hémoculture

QCM 7	**Vous retrouvez une charge virale VIH à 5 log et 67 lymphocytes CD4 par mm3. Le biologiste vous rappelle dans la demi-heure pour vous indiquer la présence de kyste de Pneumocystis jirovecii dans les prélèvements. Quels traitements pouvez-vous mettre en oeuvre ? (Jusqu'à 7 réponses)**

A - Trimethoprime-sulfamethoxazole IV
B - Si allergie aux sulfamides : Pentamidine IV ou en aérosols
C - Si allergie aux sulfamides : Atovaquone per os
D - Supplémentation en acide folinique
E - Corticothérapie systémique
F - Trithérapie anti-rétrovirale en urgence
G - Arrêt du trimethoprime-sulfamethoxazole après 21 jours de traitement
H - Déclaration du stade SIDA à l'InVS

QCM 8	**Quelles sont les réponses exactes concernant la trithérapie anti-rétrovirale ? (Jusqu'à 8 réponses)**

A - Associe 2 inhibiteurs nucléosidique de la transcriptase inverse et 1 inhibiteur de protéase
B - Associe 3 inhibiteur nucléosidique de la transcriptase inverse
C - Traitement à vie
D - Traitement couteux financièrement pour le patient
E - Objectif(s) : guérison du patient
F - Objectif(s) : charge virale indetectable à 24 semaines
G - Objectif(s) : Diminution de la contagiosité
H - Objectif(s) : Taux de CD4 > 500/mm3
I - Indiqué uniquement si le taux de CD4 est inférieur à 350/mm3



QCM 9	L'évolution est favorable. Le patient sort du service après 3 semaines de traitement avec une ordonnance de trimethoprime-sulfamethoxazole à doses préventives et un rendez-vous en service spécialisé pour mise en route du traitement anti-rétroviral. Le patient est en réalité perdu de vue et ne revient jamais en consultation. Vous le recroisez par hasard 2 ans plus tard lors d'une garde aux urgences. Il est amené par les pompiers pour un coma fébrile. A l'examen le score de glasgow est à 7/15. Le patient bénéficie d'un scanner injecté en urgence. Compte tenu des antécédents du patient et des résultats de l'imagerie, quels sont les 5 diagnostics les plus probables ? (Jusqu'à 5 réponses)

A - Leuco-encephalopathie multiple progressive (LEMP)
B - Toxoplasmose cérébrale
C - Sclérose en plaque
D - Abcès cérébral à pyogène
E - Tuberculome cérébral
F - Accident vasculaire cérébral ischémique
G - Lymphome cérébral
H - Encéphalite herpétique
I - Métastase cérébrale d'un cancer solide.
J - Hématome extra-dural
K - Hématome sous-dural

QROC 10	En examinant le patient vous retrouvez plusieurs papules cutanées violacées, indolores disséminées sur l'avant-bras droit. Quel est votre diagnostic ? Texte libre (1 à 3 mots)

2 Corrigé



LE + : PREMIERE LECTURE, CONSEILS ET ASTUCES

- **Appréciation globale et difficulté du dossier clinique progressif :**
  - Dossier de SIDA à bien connaitre : ne pas passer à coté de la pneumocystose
  - Difficulté : 2/3
  - A classer en 2ème position parmi les 3 dossiers de l'épreuve
- **Zéros et mots clés à inscrire sur le brouillon :**
  - Sérologie VIH : usager de drogue IV; SDF; pneumopathie atypique
  - Traitement des partenaires !!
  - Sevrage tabac et drogue
- **Astuces, réflexes et pièges QCM / QROC :**
  - Procéder par élimination !!
  - QROC : être précis dans les mots clés : Endocardite / Infectieuse / Coeur Droit : tout est dit



GRILLE DE CORRECTION & COMMENTAIRES

		V F	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QCM 1	A -	V	4	• Suspicion de pneumopathie devant devant Sd fébrile et hypoxémie chez un SDF • Bilan d'une pneumopathie hospitalisée : - Diagnostic positif : RX du thorax ++ NFS et CRP - Diagnostic étiologique : Hémocultures, ECBC, antigénurie legionelle et pneumocoque - Diagnostic de gravité : Gaz du sang - La sérologie VIH (avec accord du patient) pourrait être réalisée d'emblée ..
	B -	F	3	
	C -	V	4	
	D -	V	3	
	E -	V	4	
	F -	V	4	
	G -	V	4	
	H -	V	4	
QCM 3	A -	F	2	• Opacités reticulo-nodulaires (des traits entrecroisés et des micro-nodules) • Bilatérales / diffuses / non systématisées • = Syndrome interstitiel • Les bronchogrammes se voient dans le syndrome alvéolaire
	B -	F	2	
	C -	V	10	
	D -	F	2	
	E -	V	10	
	F -	F	2	
	G -	F	2	
QCM 4	A -	V	5	• Hospitalisation car SDF (observance et surveillance) et doute diagnostic • Oxygène car hypoxémie (PaO2 < 70mmHg) • Pas d'isolement pour le mycoplasme • Germe intracellulaire : macrolide ! • Antipyrétique SEULEMENT si fièvre mal tolérée - On évalue l'efficacité de l'antibiothérapie à 48-72 entre autre par la température - Donc risque de mal évaluer si prise intempestive de paracétamol
	B -	F	2,5	
	C -	V	5	
	D -	F	2,5	
	E -	F	2,5	
	F -	F	2,5	
	G -	V	5	
	H -	V	5	
QCM 6	A -	V	5	• Pneumocystis jirovecii = champignon unicellulaire - Non isolé dans les hémocultures - Pas d'interêt d'une sérologie (positive en dehors d'une pneumocystose) - Diagnostic : visualisation de kyste au microscope (coloration de Gomori-Grocott) - Prélèvement = ECBC ou Lavage broncho-alvéolaire ++ - PCR possible dans les prélèvements pneumo mais non dans le sang
	B -	F	3	
	C -	V	5	
	D -	V	5	
	E -	V	5	
	F -	F	3	
	G -	F	4	

QCM 7	A -	V	4	• Traitement de 1ère intention = Trimethoprime-sulfamethoxazole (=cotrimoxazole) • Avec supplémentation acide folinique • Connaitre alternatives possibles si allergie • Traitement d'attaque 21 jours puis traitement préventif tant que CD4 < 200/mm3 • Pneumocystose hypoxémiante = corticothérapie adjuvante • Infection par pneumocyste = stade SIDA = Déclaration • PAS de traitement anti-rétroviral avant 3 semaines de traitement - Risque de Syndrome Inflammatoire de Reconstitution immunitaire (IRIS)
	B -	V	4	
	C -	V	4	
	D -	V	4	
	E -	V	4	
	F -	F	3	
	G -	F	3	
	H -	V	4	
QCM 8	A -	V	4	• Traitement cher mais GRATUIT pour le patient car affection longue durée • A VIE • Objectifs à connaitre : pas de guérison mais CV indétectable et CD4 > 500/mm3 • Selon pilly 2014 : ttt pour tous quel que soit le nombre de CD4
	B -	F	3	
	C -	V	4	
	D -	F	3	
	E -	F	3	
	F -	V	4	
	G -	V	3	
	H -	V	3	
	I -	F	3	
QCM 9	A -	F	0	• Tirroir à connaitre ! • Image : - Masse fronto-parietale droite - Nécrose centrale et réhaussement périphérique à l'injection, en "COCARDE" - Oedème peri-lésionnel - Hypertension intra-cranienne (disparition sillons corticaux) • LEMP et SEP = lésion de la substance blanche uniquement • Encéphalite herpétique : hypersignal IRM de l'hippocampe mais pas de masse • Pas du tout l'imagerie d'un AVC ou d'un hématome cérébral
	B -	V	6	
	C -	F	0	
	D -	V	6	
	E -	V	6	
	F -	F	0	
	G -	V	6	
	H -	F	0	
	I -	V	6	
	J -	F	0	
	K -	F	0	
			210	**Total QCM**

	Réponses	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QROC 2	• Endocardite • Infectieuse • Coeur droit OU Tricuspidienne	10 10 10	• Endocardite de l'usager de drogue IV • Provoque des abcès pulmonaires multiples • Par emboles septique
QROC 5	• Pneumocystose	30	• Diagnostic à savoir évoquer devant VIH/immunosupprimé • Si on passe a coté le patient décède …
QROC 10	• Sarcome (ou Maladie) • de • Kaposi	10 20	• Cancer cutané touchant les sidéens • Role oncogène de Human Herpes Virus (HHV) 8
		90	**Total QROC**



UE & ITEMS ABORDES

TYPE	ITEMS		INTITULES
	UE	NUMERO	
Question principale	6	165	Infection par le VIH
Questions accessoires	6	151	Infection broncho-pulmonaire communautaire de l'adulte et l'enfant
	9	296	Tumeurs cérébrales (et diagnostics différentiels)



LE + : POUR MIEUX ASSIMILER

FICHE DE SYNTHESE
(POINTS CLES UE POUR MIEUX REPONDRE AUX DOSSIERS CLINIQUES PROGRESSIFS)

- Savoir évoquer très facilement un VIH
- Pour faire large (pour les ECN .. et même dans la vraie vie) :
- Toute infection grave chez un sujet jeune doit faire rechercher un VIH
- D'autant plus si facteurs de risque
- Tout dossier d'infectiologie il faut se poser la question d'un VIH

FICHE CONSENSUS
(CONFERENCES DE CONSENSUS et RECOMMANDATIONS)

Rapport MORLAT 2013	Traitement anti-rétroviral en 2013

- Indication : NOUVEAUTE
- Recommandé d'initer un ttt ARV chez TOUT PATIENT quelque-soit la numération de CD4
- Si CD4 > 500 le ttt peut être différé si patient non prêt ..
- Modalité :
  - Plus de 20 ARV dans six classes médicamenteuses (cf. annexe 1 de ce chapitre) sont actuellement disponibles :
    - inhibiteurs nucléosidiques/nucléotidiques de la transcriptase inverse (INTI);
    - inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse (INNTI);
    - inhibiteurs de la protéase (IP);
    - inhibiteurs de l'intégrase (INI);
    - inhibiteurs de la fusion (IF);
    - antagonistes du CCR5 (anti-CCR5).
  - En 2013, une trithérapie de première ligne reste une association de 2 INTI avec un 3e agent (IP ou INNTI++).

Rapport MORLAT 2013	Bilan paraclinique initial d'un VIH

- Diagnostic :
  - Deux tests ELISA avec recherche de l'Ag p24 sur deux prélèvements différents et confirmation par western-blot
- Recherche complication / pré-thérapeutique :
  - Numération des populations lymphocytaires T CD4/CD8
  - Dosage de l'ARN VIH plasmatique (charge virale)
  - Test génotypique de résistance VIH (transcriptase inverse, protéase), détermination du sous-type VIH-
  - Recherche du groupage HLA-B*5701
  - Hémogramme avec plaquettes
  - Transaminases, γGT, phosphatases alcalines, bilirubine totale et conjuguée
  - Créatininémie et estimation du DFG par la méthode de MDRD ou CKD-EPI si
  - Glycémie à jeun
  - Phosphorémie
  - Bilan lipidique à jeun : cholestérol total, triglycérides, LDL et HDL
  - Recherche d'une protéinurie (bandelette urinaire) ou dosage du rapport protéinurie/créatininurie
  - Marqueurs de l'hépatite virale B : Ag HBs, anticorps anti-HBs et anti-HBc
  - Sérologie VHC, VHB, toxoplasmose, CMV, syphilis
  - Test IGRA (Quantiféron ou T-spot TB) pour le dépistage de la tuberculose latente
  - Si CD4 < 200 / mm3 ou personne provenant d'une zone d'endémie tuberculeuse : radiographie thoracique.
  - Si CD4 < 100 / mm3 : dosage de l'antigène cryptoccoque, de la PCR CMV et réalisation d'un fond d'œil (si sérologie CMV positive).
  - Chez les femmes n'ayant pas eu de bilan dans l'année, une consultation gynécologique avec réalisation d'un frottis cervicovaginal est recommandé.
  - Chez les HSH et les PVVIH ayant des antécédents de lésions à HPV, une consultation proctologique sera proposée pour le dépistage des lésions précancéreuses de l'anus.

Notes personnelles

UE dossier clinique progressif N° 18

Six roses de fer

1 Enoncé

Vous hospitalisez dans votre service Mlle Léa B. pour un gros genou rouge.
Il s'agit d'une femme de 62 ans d'origine bretonne. Ses seuls antécédents sont deux grossesses menées sans encombre et une HTA traitée par hydrochlorothiazide. Elle est ménopausée depuis 4 ans maintenant.
Elle s'est reveillée ce matin avec une douleur intense au moindre mouvement du genou gauche.
L'interrogatoire ne retrouve aucun facteur déclenchant à cet épisode, la patiente étant secrétaire médicale. Elle ne fume pas et ne boit pas d'alcool.
A l'examen physique la patiente est fiévreuse et algique (EVA à 7/10). La pression artérielle est à 155/98, la saturation à 99%, le pouls à 104/minutes et la températures à 39,2°C.
Le genou gauche est rouge, chaud, tuméfié et vous retrouvez un signe du glaçon. Il existe une hépatomégalie mousse.

QCM 1	**Quels sont les 2 diagnostics que vous devez-vous évoquer en priorité devant épisode ? (Jusqu'à 2 réponses)**

A - Arthrite septique à pyogènes
B - Arthrite microcristaline
C - Pseudo-polyarthrite rhizomyélique
D - Spondylarthrite ankylosante
E - Sarcoïdose
F - Lupus erythémateux disséminé
G - Arthrite réactionnelle

QROC 2	**Quel examen indispensable doit-être réalisé sans délai ? Texte libre (1 à 3 mots)**

QCM 3	**Vous décidez de réaliser une ponction articulaire du genou gauche. Quelles analyses demandez-vous en première intention sur le liquide articulaire ? (Jusqu'à 6 réponses)**

A - Examen cytologique
B - Dosage du complément
C - Examen microbiologique
D - Dosage du facteur rhumatoïde
E - Recherche de micro-cristaux
F - Dosage des anticorps anti-CCP
G - Analyse biochimique (taux de protéines)

QCM 4	**Vous recuperez un liquide trouble séro-hématique. L'examen direct en coloration de Gram est négatif et la patiente rapporte en fait un antécédent d'épisode similaire spontanément résolutif quelques mois plus tot. Vous suspectez de ce fait principalement une chondrocalcinose articulaire. Quelles seront les caractéristiques des cristaux retrouvés dans le liquide articulaire (Jusqu'à 5 réponses)**

A - Forme : carré
B - Forme : en aiguille
C - Fortement birréfringent à la lumière polarisée
D - Faiblement birréfringent à la lumière polarisée
E - Sensible à l'uricase
F - Sensible à l'EDTA
G - Pyrophosphate de calcium
H - Hydroxyapatite
I - Oxalate de calcium

QCM 5	**Quels sont les examens à réaliser dans le cadre du bilan d'une chondrocalcinose articulaire ? (Jusqu'à 9 réponses)**

A - Coefficient de saturation de la transferrine
B - Magnésémie
C - Bilan phospho-calcique
D - Parathormone
E - Radiographie des genous
F - Radiographie des poignets
G - Radiographie du bassin
H - Radiographie des chevilles
I - Bilan auto-immun

QCM 6	**Vous retrouvez un coefficient de saturation de la transferrine à 70%. Vous suspectez une hémochromatose primitive compliquée d'une chondrocalcinose articulaire. Quelles sont les autres complications de l'hémochromatose primitive non traitée ? (Jusqu'à 9 réponses)**

A - Mélanodermie grisatre
B - Cirrhose hépatique
C - Diabète sucré
D - Cardiopathie dilatée
E - Insuffisance rénale chronique
F - Anémie
G - Arthralgies inflammatoires
H - Diarrhées sécrétoires
I - Hypogonadisme (chez l'homme)

QCM 7	**Votre bilan initial vous revient : Ferritine : 2100µg/L; CRP < 4mg/L; ALAT : 2N; ASAT 2N; PAL et GGT : normaux NFS normale. Quels examens demandez-vous ? (Jusqu'à 6 réponses)**

A - Mesure du TP et du Facteur V
B - Ponction biopsie hépatique (hors contre-indication)
C - IRM hépatique en séquence fer
D - Recherche de mutation du gène HFE
E - Recherche de mutation du gène DMT1
F - Mutation la plus fréquente : C282Y
G - Mutation la plus fréquente : F198G
H - Sérologie VHB et VHC

QROC 8	**Votre diagnostic est confirmé avec une mutation C282Y homozygote du gène HFE. Les sérologies et le reste du bilan sont négatifs. Pour quelle raison cette maladie génétique se révèle plus tardivement chez les femmes ? (1 mots)**

QCM 9	**Une cirrhose hépatique de gravité modérée est confirmée. Quel prise en charge proposez-vous en première intention à cette patiente ? (Jusqu'à 10 réponses)**

A - Une saignée / semaine en traitement d'attaque
B - Une saignée / 2-4 mois en traitement d'entretien
C - Traitement par chélateur du fer per os
D - Régime avec éviction des aliments riches en fer
E - Arrêt des hépatotoxiques
F - Surveillance par échographie et dosage alpha-foetoprotéine / 6 mois
G - Supplémentation en vitamine C
H - Vaccination VHB et VHA
I - Enquète familiale (avec accord de la patiente)
J - Mise en affection longue durée

QROC 10	**Sur quel critère paraclinique se base-t'on pour évaluer l'efficacité du traitement de l'hémochromatose ? Texte libre (1 à 2 mots)**

2 Corrigé



LE + : PREMIERE LECTURE, CONSEILS ET ASTUCES

- **Appréciation globale et difficulté du dossier clinique progressif :**
  - Dossier rhumato-digestif
  - Difficulté : 1/3
  - A classer en 1ère position parmi les 3 dossiers de l'épreuve
- **Zéros et mots clés à inscrire sur le brouillon :**
  - Gros genou + fièvre = arthrite septique jusqu'à preuve du contraire
  - Suspicion arthrite septique = Ponction
- **Astuces, réflexes et pièges QCM / QROC :**
  - Cirrhose = mesure du TP
  - Connaitre certains tirroirs par coeur : chondrocalcinose = hyper-para / hémochromatose /



GRILLE DE CORRECTION & COMMENTAIRES

		V F	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QCM 1	A -	V	15	• Monoarthrite fébrile du genou gauche sans facteur déclenchant : - Arthrite septique à pyogènes jusqu'à preuve du contraire !!! - Arthrite microcristaline peut mimer une arthrite septique • Arthrite réactionnelle = post-infection / diarrhée : pas ici • Pas le tableau d'une sarcoïdose ou d'une SPA • Pseudo-polyarthrite rhizomyélique : touche les ceintures (épaule/hanches)
	B -	V	15	
	C -	F	0	
	D -	F	0	
	E -	F	0	
	F -	F	0	
	G -	F	0	
QCM 3	A -	V	5	• 4 explorations recommandées systématiquement par le COFER - Cellularité : si > 2000cellules/mL = inflammatoire - Biochimie : dosage des protéines > 40g/L : inflammatoire - Recherche bactéries : examen direct + cultures - Recherche de cristaux
	B -	F	4	
	C -	V	5	
	D -	F	4	
	E -	V	4	
	F -	F	4	
	G -	V	4	
QCM 4	A -	V	5	• Cristaux de pyrophosphate de calcium dans la chondrocalcinose : - Cristaux courts, carrés, peu biréfringents - Résistants à l'uricase et sensibles à l'EDTA • Opposer aux cristaux d'urate de sodium de la goutte : - Cristaux allongés, en aiguilles, fortement biréfringents - Sensibles à l'uricase et résistant à l'EDTA - Intra et extra-cellulaires (dans PNN nécrosés donc liquide peut être purulent) × Oxalate de calcium = cristal dans les lithiases urinaires
	B -	F	2	
	C -	F	2	
	D -	V	5	
	E -	F	2	
	F -	V	5	
	G -	V	5	
	H -	F	2	
	I -	F	2	
QCM 5	A -	V	3	• Diagnostic positif : • Ponction et mise en évidence de cristaux • Radiographie poignets, symphyse pubienne et genoux - Mnémotechnique = PSG .. - Montre un liseré calcique intra-articulaire pathognomonique - Recherche autre lésions : arthrose .. • Diagnostic étiologique : Chondrocalcinose = recherche de 3 étiologies - Hyperparathyroidie primaire ++ : PTH et bilan phospho-calcique - Hémochromatose : coefficient de saturation de la transferrine - Hypomagnésémie : peut-être favorisée par les diurétiques !! • Il ne s'agit pas d'une maladie auto-immune
	B -	V	4	
	C -	V	4	
	D -	V	4	
	E -	V	3	
	F -	V	3	
	G -	V	3	
	H -	F	3	
	I -	F	3	

QCM 6	A -	V	3	• Deux types de complications : - Altération de la qualité de vie (stade 3) : × Mélanodermie, arthralgie, hépatomégalie, impuissance - Mise en jeu du pronostic vital (stade 4) : × Cirrhose, cardiopathie dilatée, diabète, carcionome-hépato-cellulaire • Anémie = complication du traitement (saignée)
	B -	V	3	
	C -	V	4	
	D -	V	4	
	E -	F	3	
	F -	F	3	
	G -	V	4	
	H -	F	3	
	I -	V	3	
QCM 7	A -	V	4	• Hépatomégalie + cytolyse dans contexte d'hémochromatose = Suspicion de cirrhose • Diagnostic positif : - Ponction biopsie hépatique : signe de cirrhose × Diagnostic de gravité : × TP et Facteur V : reflète insuffisance hépato-cellulaire × IRM hépatique séquence fer : quantifie surcharge en fer (hyposignal IRM) • Diagnostic étiologique : - Recherche mutation C282Y du gène HFE (régule absorption du fer)
	B -	V	4	
	C -	V	4	
	D -	V	4	
	E -	F	3	
	F -	V	4	
	G -	F	3	
	H -	V	4	
QCM 9	A -	V	3	• Traitement de référence = saignée : ttt d'attaque puis d'entretien • Traitement chélateur en deuxième intention car effets secondaires ++ • Pas d'indication à un régime particulier • Par contre la vitamine C, augmentant l'absorption du fer est à éviter • Traitement symptomatique de la cirrhose et surveillance (risque CHC)
	B -	V	3	
	C -	F	3	
	D -	F	3	
	E -	V	3	
	F -	V	3	
	G -	F	3	
	H -	V	3	
	I -	V	3	
	J -	V	3	
			210	**Total QCM**

	Réponses	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QROC 2	• Ponction • Articulaire	15 15	• Il s'agit d'une urgence diagnostique • Seule la ponction articulaire peut permettre de différencier arthrite septique et première poussée d'arthrite microcristalline
QROC 8	• Menstruations (ou synonyme)	30	• Les menstruations provoquent une perte chronique de fer • Compensent l'absorption de fer augmentée • Début de l'expression de la maladie après la ménopause
QROC 10	• Ferritine	30	• Ferritine = reflet du stock ferreux de l'organisme (foie++) • Ferritine cible < 50µg/mL
		90	**Total QROC**



UE & ITEMS ABORDES

TYPE	ITEMS		INTITULES
	UE	NUMERO	
Question principale	7	194	Arthropathie microcristalline
Questions accessoires	7	215	Pathologie du fer chez l'adulte et l'enfant
	8	276	Cirrhose et ses complications
	7	196	Douleur et épanchement articulaire



LE + : POUR MIEUX ASSIMILER

FICHE DE SYNTHESE
(POINTS CLES UE POUR MIEUX REPONDRE AUX DOSSIERS CLINIQUES PROGRESSIFS)

L'hémochromatose génétique :

- Epidémiologie :
  - Maladie NON rare : prévalence en France = 5/1000
  - Maladie génétique autosomique récéssive
  - Prévalence plus élevée chez les Bretons (Les bretons à l'ECN = luxation congénitale hanche ou hémochromatose)
  - Pénétrance incomplète (tout les individus atteints ne sont pas forcément malades)
- Physiologie du fer :
  - Environ 4g de fer dans l'organisme, la majorité dans l'hème de l'hémoglobine
  - Absorbé au niveau duodénal sous controle de plusieurs protéines
  - Perte de fonction d'HFE par la mutation C282Y : augmentation de l'absorption de fer
  - Surcharge de fer au niveau tissulaire (hépatique/cardiaque) : lésions liées au stress oxydatif
- Gravité de la maladie :
  - Stade 0 : CST < 45%; ferritine normale; asymptomatique
  - Stade 1 : CST > 45%; ferritine normale; asymptomatique
  - Stade 2 : CST > 45%; ferritine augmentée; asymptomatique
  - Stade 3 : CST > 45%; ferritine augmentée; symptomes altérant qualité de vie (mélanodermie ..)
  - Stade 4 : CST > 45%; ferritine augmentée: symptomes metant en jeu pronostic vital (cirrhose, diabète ..)
- Traitement :
  - Si ferritine normale : Aucun, surveillance annuelle
  - Si ferritine augmentée :
    - × Déplétion martiale par saignée (300 à 500mL avec compensation volémique)
    - × Ttt d'attaque : une saignée / semaine jusqu'à ferritine < 50µg/L
    - × Ttt d'entretien : une saignée / 2-4 mois pour maintient ferritine < 50µg/L
    - × Contre-indication : Hémoglobine < 11g/dL; cardiopathie ischémique
    - × Si contre-indiqué : chélateur du fer (déféroxamine)
  - Pas de régime pauvre en fer mais éviter supplémentation en vitamine C (augmente absorption fer)
  - Protection hépatique : Eviction des hépatotoxiques (alcool!), vaccination hépatites
  - Traitement symptomatique si douleurs, diabète ..
  - Dépistage familial : Enquête génétique
- A proposer systématiquement, AVEC ACCORD DU PATIENT

Notes personnelles

Consensus

UE dossier clinique progressif N° 19

Une petite tache devenue grande

1 Enoncé

Vous examinez aux urgences M. Mathieu R. pour une éruption généralisée évoluant depuis plusieurs semaine.
A l'examen, l'ensemble du tégument du patient est erythémateux et chaud. Il ne se plaint d'aucune douleur mais d'un prurit invalidant. Il n'y a pas de lésion muqueuse visible. Vous retrouvez une polyadénopathie indolore.
Cette symptomatologie évolue depuis plus de 3 semaines avec une aggravation progressive.

QROC 1	**Quel est votre diagnostic dermatologique ?** **Texte libre (1 à 3 mots)**

QCM 2	**Quelles sont les 4 principales complications de l'érythrodermie ?** **(Jusqu'à 4 réponses)**

A - Troubles hydro-électrolytiques (deshydratation, dysnatrémie ...)
B - Syndrome hémorragique
C - Infection cutanée ou générale surrajoutée
D - Dénutrition secondaire à l'hypercatabolisme
E - Détresse respiratoire aiguë
F - Défaillance hépatique
G - Complications de décubitus

QCM 3	**Quelles sont les 4 principales étiologies d'érythrodermie chez l'adulte ?** **(Jusqu'à 4 réponses)**

A - Dermatoses (Psoriasis, eczéma, ...)
B - Toxidermie médicamenteuse voire DRESS Syndrome
C - Maladie génétique
D - Phéochromocytome sécrétant
E - Hémopathie de type lymphome T cutané
F - Tumeur carcinoïde
G - Infection (VIH ou gale profuse)
H - Déficit immunitaire

QCM 4	**Dans l'hypothèse d'une gale profuse (dite Norvégienne), quelles sont les 3 lésions spécifiques de la gale ?** **(Jusqu'à 3 réponses)**

A - Lichenification
B - Prurigo
C - Vésicules perlées
D - Erythème noueux
E - Sillons scabieux
F - Nodules scabieux
G - Plaques scabieuses
H - Adénopathie épitrochléenne

QCM 5	Ces signes sont absents. L'interrogatoire ne retrouve pas de prise de médicament récente. Il boit 4 bières par jour et fume 1 paquet/jour. Il travaille en tant que maitre-nageur sauveteur. Le bilan biologique et les biopsies cutanées éliminent une hémopathie ou une infection par le VIH. Le patient évolue favorablement au traitement symptomatique que vous mettez en place. Après un nouvel interrogatoire le patient rapporte des lésions typiques de psoriasis vulgaire. Quelles sont les caractéristiques de ces lésions ? (Jusqu'à 6 réponses)

A - Macule
B - Plaque
C - Erythémateuse
D - Squameuse
E - Ulcération
F - Toujours prurigineux
G - Limites nettes
H - Signe de la tache de bougie
I - Signe de la rosée sanglante
J - Signe de Nikolsky
K - Ongle en dé à coudre si atteinte unguéale

QCM 6	Quels sont les facteurs déclenchant d'une poussée de psoriasis ? (Jusqu'à 8 réponses)

A - Alcool
B - Infection par le VIH
C - Tabagisme
D - Traumatisme cutané
E - Application de dermocorticoïdes
F - Facteurs psychologiques
G - Exposition solaire
H - Sevrage d'une corticothérapie systémique
I - Prise de béta-bloquant, d'IEC ou de lithium

QCM 7	Vous revoyez le patient en consultation à distance de cet épisode d'érythrodermie. Celui-ci est probablement du au sevrage d'une corticothérapie systémique prescrite par son médecin traitant dans le cadre d'une infection ORL. Il s'agit maintenant d'un psoriasis occupant 8% du corps, très invalidant socialement pour le patient. Quels sont les 4 traitement à envisager d'emblée? (Jusqu'à 4 réponses)

A - Dermocorticoïdes locaux
B - Analogues de la vitamine D topiques
C - PUVA thérapie
D - Rétinoïdes per os
E - Arrêt du tabac et de l'alcool
F - Soutien psychologique
G - Methotrexate
H - Corticothérapie systémique

QROC 8	Quelle est la cause de mortalité principale des patients atteints de psoriasis ? Texte libre (1 à 2 mots)

QCM 9	Devant une aggravation des lésions malgré un traitement adapté le patient reçoit des rétinoïdes (Acitrétine) en accord avec les indications de l'autorisation de mise sur le marché. Lors de la consultation de controle vous le trouvez renfermé, distant, différent des dernières consultation. Quels sont les 6 items permettant d'évaluer le degré d'urgence et de dangerosité d'une crise suicidaire ? (Jusqu'à 6 réponses)

A - Dégré de souffrance psychique
B - Dégré d'intentionnalité
C - Prise d'anti-dépresseur
D - Degré d'impulsivité
E - Prise de toxiques
F - Existence d'un facteur déclenchant (perte d'emploi, rupture ..)
G - Existence de moyens létaux à disposition (arme à feu, ..)
H - Existence de facteurs protecteurs (entourage familial)
I - Pathologie organique associée

QCM 10	**Vous concluez à l'absence de risque suicidaire immédiats et continuez le traitement. Vous recevez des nouvelles par le biais d'un confrère lorsque le patient développe une hépatite fulminante nécéssitant un séjour en réanimation. Une greffe hépatique est réalisée. Il décide de porter plainte contre vous, prescripteur de l'acitrétine. Quelles sont les réponses exactes concernant cette situation ? (Jusqu'à 6 réponses)**
A -	Il s'agit d'une faute thérapeutique
B -	Il s'agit d'un effet indésirable grave de l'acitrétine
C -	Il s'agit d'un aléa thérapeutique
D -	Responsabilité pénale du médecin ayant prescrit le médicament
E -	Le patient peut prétendre à une indemnisation
F -	Indemnisation par le biais de la commission régionale de conciliation et d'indemnisation
G -	Indemnisation par le biais de l'hopital (responsabilité administrative)
H -	Indemnisation par le biais du prescripteur (responsabilité civile)

2 Corrigé



LE + : PREMIERE LECTURE, CONSEILS ET ASTUCES

- **Appréciation globale et difficulté du dossier clinique progressif :**
  - Dossier de dermatologie transversal avec de la psy et de la pratique médical
  - Difficulté : 3/3
  - A classer en 3ème position parmi les 3 dossiers de l'épreuve
- **Zéros et mots clés à inscrire sur le brouillon :**
  - Ne pas confondre lésion dermatologique primaire et secondaire
  - Utiliser des mots précis
- **Astuces, réflexes et pièges QCM / QROC :**
  - Répondre par élimination
  - Quand on demande 4 items c'est pas 3 ni 5 (points négatifs)



GRILLE DE CORRECTION & COMMENTAIRES

		V F	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QCM 2	A -	V	7,5	• Erythrodermie = urgence diagnostique et thérapeutique • Lésion diffuse cutanée = perte role protecteur de la peau (comme brulure) • Perte d'eau +/- sel • Perte de chaleur importante (donc hypothermie et hypercatabolisme -> dénutrition) • Perte de la barrière cutanée : infections cutanées (Staphylocoques++) • Hospitalisation longue = complications de décubitus • Item à connaitre sur le bout des doigts !! • Syndrome hemorragique / défaillance hépatique : selon l'étiologie en cause
	B -	F	0	
	C -	V	7,5	
	D -	V	7,5	
	E -	F	0	
	F -	F	0	
	G -	V	7,5	
QCM 3	A -	V	7,5	• Quand on demande 4 causes donner les 4 plus fréquentes / logiques • Ne causent pas d'érythrodermie : - Phéochromocytome = vasoconstriction (peau blanche) PAROXYSTIQUE - Tumeur carcinoïde = vasodilatation (peau rouge = "flush") PAROXYSTIQUE • Maladie génétique (ichtyose ou autre) et déficits immunitaires : - Cause d'erythrodermie plus fréquente chez l'enfant - Ce sont des maladies présentes à la naissance : symptomes précoces
	B -	V	7,5	
	C -	F	0	
	D -	F	0	
	E -	V	7,5	
	F -	F	0	
	G -	V	7,5	
	H -	F	0	
QCM 4	A -	F	0	• Nodule, sillon scabieux et vésicule perlée sont spécifique mais inconstants • Lichenification = peau eppaisie "quadrillée" = lésion secondaire au grattage • Prurigo = prurit avec papules excoriée secondaires au grattage • Adénopathie = secondaire à une surrinfection cutanée • Tout impétigo chez un adulte doit faire rechercher une GALE !!
	B -	F	0	
	C -	V	10	
	D -	F	0	
	E -	V	10	
	F -	V	10	
	G -	F	0	
	H -	F	0	
QCM 5	A -	F	2	• Psoriasis vulgaire = psoriasis typique, très fréquent (2% population) - Lésion (souvent plaque) erythémato-squameuse à limites nettes - Inconstamment prurigineuse (50%) - Signe de la tache de bougie : blanchit au grattage - Signe de la rosée sanglante : au grattage d'une squame, apparition gouttelettes de sang - Atteinte unguéale dans 1 cas sur 2 • Signe de Nikolsky = décollement de la peau au grattage (dans dermatoses bulleuses)
	B -	V	3	
	C -	V	3	
	D -	V	3	
	E -	F	2	
	F -	F	2	
	G -	V	3	
	H -	V	3	
	I -	V	3	
	J -	F	3	
	K -	V	3	

QCM 6	A -	V	4	• Le psoriasis est TRES influencé par les facteurs environnementaux - Aggravant : médicaments, toxiques (tabac, alcool..), stress physique, infection - Apparition de lésions sur traumatisme cutanée = phénomène de Koebner = classique - Améliorant : Les UV et donc l'exposition solaire (≠Lupus) - Facteurs psychologiques associés aux poussés - Eviter corticoïdes systémiques car risque poussée au sevrage !!! - Le psoriasis du sujet VIH est un psoriasis grave
	B -	V	4	
	C -	V	4	
	D -	V	3	
	E -	F	3	
	F -	V	3	
	G -	F	3	
	H -	V	3	
	I -	V	3	
QCM 7	A -	V	7,5	• Il s'agit d'un psoriasis vulgaire < 10% surface corporelle • Envisager un ttt car demande du patient (mais jamais obligatoire si psoriasis non grave) • Traiter en priorité facteurs déclenchant : alcool et tabac !!!!!! • Soutien psychologique indispensable (retentissement social) • Traitements locaux en première intention
	B -	V	7,5	
	C -	F	0	
	D -	F	0	
	E -	V	7,5	
	F -	V	7,5	
	G -	F	0	
	H -	F	0	
QCM 9	A -	V	3	• Conférence de consensus sur risque suicidaire ANAES 2000 (voir fiche consensus) • Le suicide est un item à également connaitre sur le bout des doigts • Au moindre doute : hospitalisation / prévention du risque suicidaire
	B -	V	3	
	C -	F	3	
	D -	V	4	
	E -	F	3	
	F -	V	4	
	G -	V	4	
	H -	V	3	
	I -	F	3	
QCM 10	A -	F	3	• Il s'agit d'un aléa thérapeutique car : - Absence de faute médicale (médicament prescrit dans le cadre de l'AMM) - Critère d'imputabilité (hépatite à cause du rétinoïde) - Critère d'imprévisibilité (effet secondaire grave mais rare et inattendu) - Critère de gravité (greffe hépatique = altération de la qualité de vie) • Indemnisation relève du CRCI et ONIAM : voir encadré
	B -	V	4	
	C -	V	4	
	D -	F	3	
	E -	V	4	
	F -	V	4	
	G -	F	4	
	H -	F	4	
			240	**Total QCM**

	Réponses	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QROC 1	• Erythrodermie	30	• Eruption généralisée (>= 90 % de la surface corporelle) • Evoluant depuis plusieurs semaine • = URGENCE diagnostique et thérapeutique
QROC 8	• Cardiovasculaire	30	• Maladie chronique provoquant une inflammation systémique + stress • Risque augmenté d'obésité, de diabète et de maladie vasculaire • A savoir dépister et prévenir (pareil pour polyarthrite rhumatoïde)
		60	**Total QROC**



UE & ITEMS ABORDES

TYPE	ITEMS		INTITULES
	UE	NUMERO	
Question principale	4	114	Psoriasis
Questions accessoires	4	112	Erythrodermie
	1	5	Gestion erreur et plainte; aléa thérapeutique
	11	348	Risque et conduites suicidaires chez l'adulte : identification et prise en charge



LE + : POUR MIEUX ASSIMILER

FICHE DE SYNTHESE
(POINTS CLES UE POUR MIEUX REPONDRE AUX DOSSIERS CLINIQUES PROGRESSIFS)

4 Psoriasis graves :
- Psoriasis erythrodermique
- Psoriasis du sujet VIH
- Rhumatisme psoriasique
- Psoriasis pustuleux (surtout le généralisé de "Von Zumbusch")

L'aléa thérapeutique :
- Dommage au patient en l'absence de faute médicale
- Conséquences :
  - × Absence de responsabilité du médecin/de l'hopital vis à vis du patient
  - × Indemnisation du patient possible au titre de la solidarité nationale (si critères)
- Valable dans 3 circonstances :
  - Accident médical
  - Affection iatrogène (dont effet indésirable médicamenteux grave)
  - Infection nosocomiale
- Indemnisation si présence des 3 critères suivant :
  - Critère d'imputabilité : affection en rapport avec un soin / un acte médical / une prescription
  - Critère d'imprévisibilité : effet normalement non attendu
  - Critère de gravité : IPP > 25% ou ITT > 6mois ou altération de la qualité de vie
- Principes :
  - Commission régionale de conciliation et d'indemnisation (CRCI)
  - Office nationale d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM)
  - Le patient saisi la CRCI qui examine le dossier et se prononce sur l'indemnisation
  - Procédure gratuite pour le patient, rapide (<1 an)

FICHE CONSENSUS
(CONFERENCES DE CONSENSUS et RECOMMANDATIONS)

ANAES 2000	Critères d'urgence dans la crise suicidaire (6)

- Degré de souffrance important
- Degré d'intentionnalité (désir de mourir verbalisé, plan de suicide déja prévu..)
- Degré d'impulsivité
- Moyens létaux à disposition
- Facteur précipitant (décès d'un proche, rupture, licenciement..)
- Facteur protecteur (entourage présent et de bonne qualité)

- La présence d'au moins un de ces critères d'urgence doit faire hospitaliser le patient en urgence si un risque de suicide est suspecté

- Conduite à tenir = Prévention du risque suicidaire
  - Hospitalisation en unité de psychiatrie "fermée", si possible en chambre double
  - Inventaire et confiscation des objets dangereux (ceinture..)
  - Fenêtres verrouillées
  - Médicaments donnés par l'infirmière + passage fréquent de l'infirmiere

UE dossier clinique progressif N° 20

Une rachialgie bien préoccupante

1 Enoncé

Vous rencontrez pour la première fois M. Pierre-Olivier S. en consultation. C'est un jeune homme de 31 ans, sans antécédents particulier. Il vous consulte car il se plaint depuis plusieurs mois de douleurs lombaires invalidantes.
Il se dit très soulagé par le Naproxène que lui a prescrit son médecin traitant.

QCM 1	**Vous décidez dans un premier temps de caractériser le caractère inflammatoire ou non des douleurs du patient. Quelles sont les principales caractéristiques des douleurs inflammatoires ? (Jusqu'à 4 réponses)**

A - Aggravées par l'effort
B - Améliorées par l'effort
C - Prédominance nocturne
D - Prédominance diurnes
E - Reveils nocturnes
F - Absence de dérouillage matinal
G - Derrouillage matinal > 30 minutes

QCM 2	**Il s'agit en fait principalement de fessalgies à bascule, insomniante, associées à un dérouillage matinal de 45 minutes. A l'examen vous retrouvez une douleur sacro-iliaque bilatérale à la palpation. Vous suspectez en priorité une spondyloarthrites. Quels éléments recherchez-vous à l'intérrogatoire pour etayer ce diagnostic ? (Jusqu'à 10 réponses)**

A - Antécédents familiaux de spondyloarthropathie
B - Antécédents familial ou personnel de psoriasis
C - Photosensibilité
D - Antécédent de dactylite (orteil en saucisse)
E - Résistance des douleurs aux AINS
F - Antécédent d'uvéite
G - Infection digestive ou uro-génitale récente
H - Symptomes évoquant une maladie inflammatoire chronique des intestins
I - Talalgie
J - Atteintes des articulations interphalangiennes distales

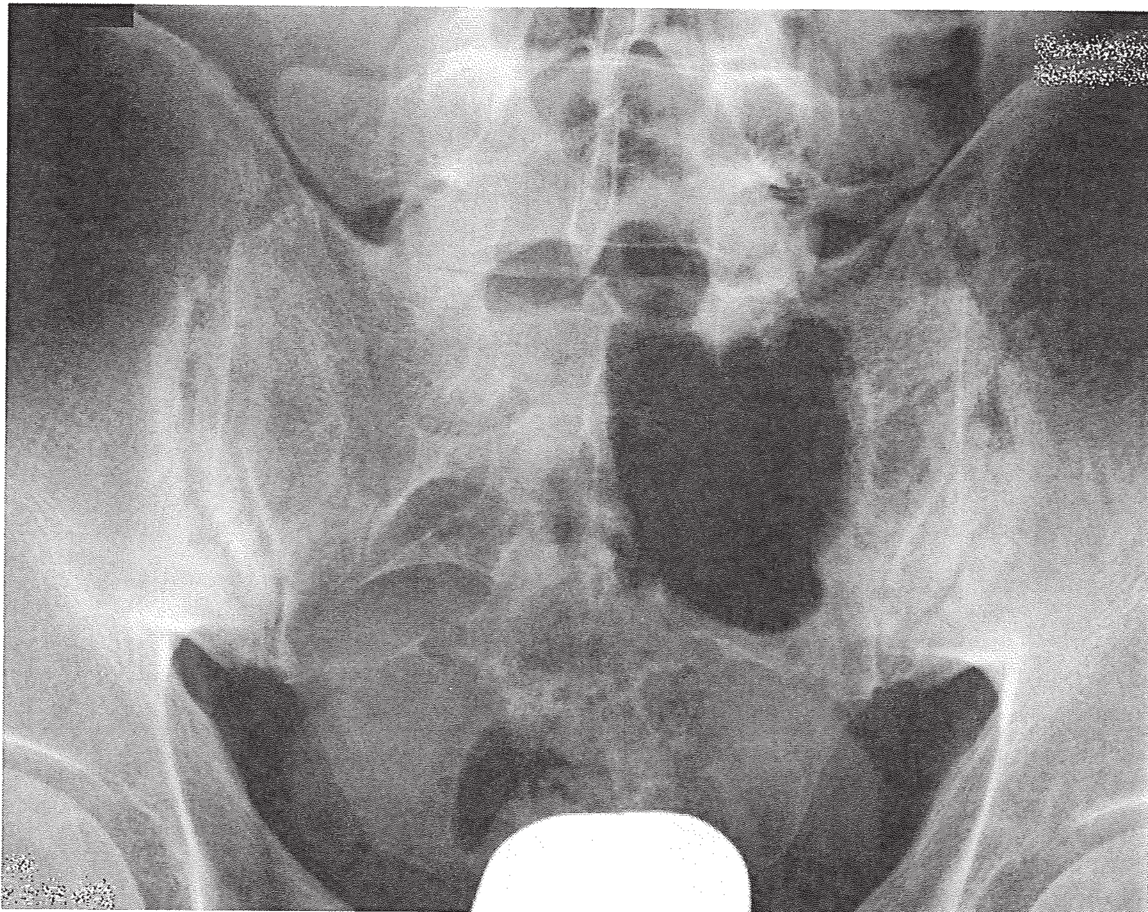
QCM 3	**Quels sont les 4 signes cardinaux des spondyloarthrites ? (Jusqu'à 4 réponses)**

A - Syndrome pelvi-rachidien
B - Syndrome pyramidal
C - Syndrome articulaire périphérique
D - Syndrome neurogène périphérique
E - Syndrome enthésopathique périphérique
F - Syndrome extra-articulaire
G - Thrombophilie
H - Aphtes buccaux ou gynécologiques

QROC 4	**Quelle prédisposition génétique est associée au groupe des spondyloarthrites ? Texte libre (1 à 3 mots)**

QCM 5	Le patient rapporte un épisode d'orteil en saucisse quelques mois plus tôt. Il se plaint également de talalgies d'horaires inflammatoire. Il n'a pas de psoriasis ou de symptome digestif. Il se plaint également de douleurs des interphalangiennes distales. Quels examens complémentaires prescrivez-vous pour étayer votre suspicion diagnostique. (Jusqu'à 7 réponses)

A - Génotypage HLA-B27
B - CRP
C - Anticorps anti-ADN natifs
D - Anticorps anti-phospholipides
E - Radiographie du thorax
F - Radiographie des articulation douloureuse
G - Radiographie du rachis entier (Cliché de Seze)



QROC 6	Quel est votre diagnostic radiologique ? Texte libre (1 à 3 mots)

QCM 7	Vous posez le diagnostic de spondylarthrite ankylosante. Dans l'hypothèse où le patient développe progressivement une dyspnée d'effort, quelles seraient les 4 causes que vous évoqueriez en priorité avant tout examen ? (Jusqu'à 4 réponses)

A - Embolie pulmonaire
B - Syndrome restrictif
C - Fibrose pulmonaire secondaire
D - Myopathie
E - Dyspnée d'origine cardiaque
F - Syndrome anémique
G - Syndrome obstructif
H - Hypertension artérielle pulmonaire

QCM 8	Quels paramètres cliniques utilisez-vous pour évaluer et surveiller la raideur rachidienne ? (Jusqu'à 7 réponses)

A - Distance menton-sternum
B - Distance occiput-mur
C - Indice de Schober
D - Distance mains-sol
E - Distance L3-mur
F - Mesure de l'ampliation thoracique
G - Distance talon-fesse

QCM 9	Quel traitement proposez-vous au patient en première intention ? (Jusqu'à 4 réponses)

A - Education du patient sur sa maladie
B - Kinésithérapie
C - Anti-inflammatoires non stéroïdiens
D - Inhibiteur de pompe à proton
E - Corticothérapie systémique
F - Biothérapie de type anti-TNF alpha
G - Biothérapie de type anti-interleukine 1 alpha (Anakinra)

QROC 10	Vous initiez un traitement par AINS initialement efficace. Le patient est perdu de vue et vous le revoyez 35 ans plus tard en consultation pour des paresthésie invalidante de la paume des deux mains. Il vous dit ne plus avoir fait attention à sa maladie ne prenant que du paracétamol lorsque la douleur le genait. Vous êtes frappé par la grande taille de sa langue et de la présence d'une ecchymose orbitaire bilatérale apparue spontanément depuis quelques jours. Il est également géné par une bouche sèche et est obligé de se lever plusieurs fois la nuit pour boire. L'ECG ne montre qu'un microvoltage diffus et un BAV 1. Quel diagnostic expliquant l'intégralité des symptomes du patient pouvez-vous évoquer ? Texte libre (1 à 3 mots)

2 Corrigé



LE + : PREMIERE LECTURE, CONSEILS ET ASTUCES

- **Appréciation globale et difficulté du dossier clinique progressif :**
  - Dossier de spondyloarthrite classique
  - Difficulté : 1/3
  - A classer en 1ère position parmi les 3 dossiers de l'épreuve
- **Zéros et mots clés à inscrire sur le brouillon :**
  - Ne pas omettre l'importance de l'éducation !
  - Attention aux AINS aux ECN (contres-indications + indication IPP)
- **Astuces, réflexes et pièges QCM / QROC :**
  - Répondre par élimination !!
  - Rester simple et logique



GRILLE DE CORRECTION & COMMENTAIRES

		V F	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QCM 1	A -	F	4	• Question de sémiologie fondamentale en rhumatologie • Conditionne tout le reste de l'interrogatoire car étiologie différente selon type douleur • Attention : douleur mécanique peut provoquer des reveils nocturnes (au changement de position)
	B -	V	5	
	C -	V	5	
	D -	F	4	
	E -	V	4	
	F -	F	4	
	G -	V	4	
QCM 2	A -	V	3	• Photosensibilité = lupus • Efficacité des AINS (et recidive à l'arrêt) = critère diagnostics de spondyloarthropathies • Spondyloarthrite touche les IPD ≠ polyarthrite rhumatoïde • Chercher argument pour MICI, psoriasis, infection (arthrite réactionnelle) • Recherche de signes extra-articulares
	B -	V	3	
	C -	F	3	
	D -	V	3	
	E -	F	3	
	F -	V	3	
	G -	V	3	
	H -	V	3	
	I -	V	3	
	J -	V	3	
QCM 3	A -	V	7,5	• Tétrade à bien connaitre • Selon type de spondyloarthrite prédominance d'un syndrome sur les autres • Aphtes buccaux/génitaux = Maladie de Behçet • Pas de thrombophilie dans cette pathologie
	B -	F	0	
	C -	V	7,5	
	D -	F	0	
	E -	V	7,5	
	F -	V	7,5	
	G -	F	0	
	H -	F	0	
QCM 5	A -	F	4	• Suspicion clinique de spondyloarthrite = TRES FORTE → Pas d'indication au génotypage HLA • Syndrome inflammatoire biologique présent chez 50% des patients • Bilan radiographique complet - Cliché de Sèze (cervico-thoraco-lombaire + bassin) = primordial - Thorax : rechercher pathologie cardiaque/pulmonaire - Articulation douloureuse : rechercher érosion = diagnostic différentiel • Pas d'auto-anticorps dans les spondyloarthrite
	B -	V	5	
	C -	F	4	
	D -	F	4	
	E -	V	5	
	F -	V	4	
	G -	V	4	

QCM 7	A -	F	0	• Les spondylarthrites se compliquent : - Syndrome restrictif par diminution de l'ampliation thoracique - Fibrose pulmonaire secondaire (rare) - Complication cardiaque (valvulopathies, BAV) - Anémie inflammatoire si inflammation persistante
	B -	V	7,5	
	C -	V	7,5	
	D -	F	0	
	E -	V	7,5	
	F -	V	7,5	
	G -	F	0	
	H -	F	0	
QCM 8	A -	V	5	• L'atteinte axiale prédomine dans la Spondylarthrite Ankylosante • Ces mesures à répéter dans le temps permettent de suivre l'évolution • Une aggravation de ces paramètre malgré traitement adapté fera discuter les anti-TNF alpha • Indice de Schöber : - On trace une marque au niveau de L5 et une 10cm au dessus - En position debout puis on demande au patient de se baisser - Si l'interval entre les deux marque est inférieur à 14 cm (10+4) - Il existe une raideur rachidienne
	B -	V	5	
	C -	V	4	
	D -	V	4	
	E -	V	4	
	F -	V	4	
	G -	F	4	
QCM 9	A -	V	5	• Education du patient = primordiale • Kinésithérapie / balnéothérapie / auto-programmes à toujours proposer • Seuls AINS = traitement symptomatique en 1ère intention • IPP si : age > 65ans, ATCD UGD, prise d'aspirine, d'AVK ou de corticoïdes • Corticothérapie systémique presque jamais indiquée dans SpA • Biothérapie par Anti-TNF alpha si echec après 3 mois d'au moins 3 AINS
	B -	V	4	
	C -	V	5	
	D -	F	4	
	E -	F	4	
	F -	F	4	
	G -	F	4	
			210	**Total QCM**

	Réponses	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QROC 4	• HLA • B27	15 15	• Allèle du système HLA présent chez 8% de la population • RR x 200 de developper une spondyloarthropathie • Mais ne pose pas le diagnostic (majorité des B27 ne font jamais de SPA) • GENOTYPAGE INUTILE SI DIAGNOSTIC CERTAIN
QROC 6	• Sacro-iliite	30	• Pseudo-élargissement de l'interligne articulaire + aspect flou + condensation des berges • Sacro-iliite au stade 2
QROC 10	• Amylose • AA	20 10	• Complication tardive d'une pathologie inflammatoire non tt • Depot de protéine amyloïde dans les tissus : • Muscle : Macroglossie; Coeur (BAV et microvoltage) • Nerfs : Sd du canal carpien • Glandes salivaire : Sd sec
		90	**Total QROC**



UE & ITEMS ABORDES

TYPE	ITEMS		INTITULES
	UE	NUMERO	
Question principale	7	193	La spondylarthrite ankylosante
Questions accessoires	10 7	326 219	Prescription et surveillance des AINS Amylose



LE + : POUR MIEUX ASSIMILER

FICHE DE SYNTHESE (POINTS CLES UE POUR MIEUX REPONDRE AUX DOSSIERS CLINIQUES PROGRESSIFS)
Les spondyloarthrites : • Définition et épidémiologie : - Groupe d'affection hétérogène comportant une atteinte axiale • Regroupe : - Spondylarthrite ankylosante - Rhumatisme Psoriasique - Arthrite réactionelle - Rhumatismes associés aux maladies inflammatoires chroniques des intestins (MICI) - Sd SAPHO (synovite, acnée, pustulose palmo-plantaire, hyperostose, ostéite) • Touche essentiellement les sujets jeunes : 90% débutent avant 35 ans • Sexe Ratio H/F = 1,5 • Clinique : - Syndrome axial ou pelvi-rachidien : sacro-iliite, atteinte du rachis - Syndrome enthésopathique : inflammation douloureuse des enthèses (membre inférieur ++ : pied) - Syndrome articulaire périphérique : arthrite périphérique (genou, IPD ++) - Syndrome extra-articulaire : uvéite antérieure++, atteinte cardiaque, atteinte digestive, atteinte pulmonaire ...

UE dossier clinique progressif N° 21

Un problème conjonctif

1 Enoncé

Vous examinez aux urgence M. Henry B., jeune homme de 22 ans pour une douleur thoracique de début brutal quelques heures plus tôt.

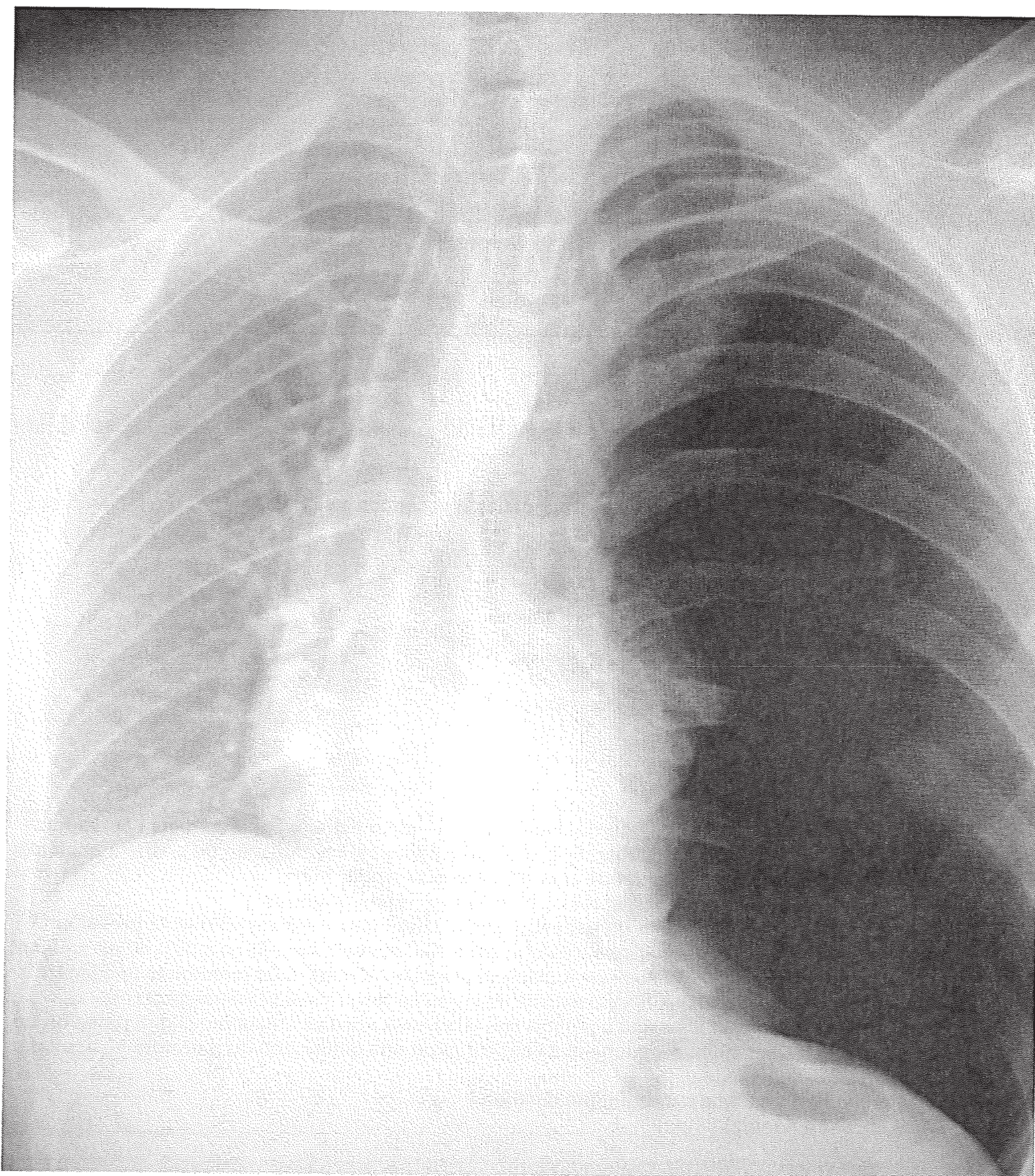
QCM 1	**Avant tout examen, quels sont les 4 diagnostics d'urgences à éliminer en priorité devant une douleur thoracique aigue? (Jusqu'à 4 réponses)**

A - Pneumopathie aigue communautaire
B - Péricardite
C - Névralgie intercostale
D - Syndrome coronaire aigu
E - Embolie pulmonaire
F - Pleurésie
G - Ulcère gastro-duodénal
H - Syndrome de Tietze
I - Dissection aortique

QROC 2	**Le patient décrit l'appartition d'une douleur latéro-thoracique droite apparue dans l'après-midi sans facteur déclenchant particulier. Son seul antécédent est une luxation du cristalin quelques années plus tôt. Il fume un paquet de cigarette par jour depuis 5 ans. L'EVA est à 6/10 avec des paroxysmes à 10/10 à l'inspiration profonde. A l'examen physique : il s'agit d'un patient grand et longiligne, il est apyrétique, la pression artérielle est à 121/76, la fréquence cardiaque est à 108/min et la saturation à 98% en air ambiant. Il n'y a pas de signe de tirage sus-claviculaire ou intercostal mais vous remarquez une légère asymétrie thoracique gauche. Il n'existe pas de signe de thrombose veineuse profonde. Vous retrouvez à la palpation une abolition des vibrations vocales à gauche; à la percussion un tympanisme de l'hémithorax gauche et à l'auscultation une diminution du murmure vésiculaire gauche. Quel est votre diagnostic syndromique clinique ? Texte libre (2 à 4 mots)**

QCM 3	**Le syndrome pleural gazeux vous oriente vers un premier épisode de pneumothorax spontanné chez un sujet jeune. Vous réalisez donc une radiographie thoracique. Quels sont les signes de gravité radiologiques d'un pneumothorax ? (Jusqu'à 5 réponses)**

A - Pneumothorax bilatéral
B - Décollement sur toute la hauteur du poumon
C - Niveau hydro-aérique (=hémopneumothorax)
D - Présence d'une bride
E - Poumon sous-jacent pathologique
F - Abaissement de la coupole diaphragmatique
G - Déviation médiastinale



QCM 4	**Voici la radiographie pulmonaire.** **Cliniquement il apparait une turgescence jugulaie bilatérale avec hypotension arterielle (PA à 78/48), une cyanose et des signes de lutte respiratoire.** **Quelle est votre prise en charge ?** **(Jusqu'à 5 réponses)**

A - Mise en place d'une voie veineuse périphérique et remplissage vasculaire massif
B - Oxygénothérapie au masque haute concentration
C - Exsufflation en urgence au lit du malade
D - Intubation oro-trachéale et ventilation mécanique
E - Pose d'un drain thoracique
F - Transfert au bloc pour symphyse pleurale en urgence
G - Ponction péricardique

QCM 5	Le patient est exsufflé et drainé en urgence. L'évolution est favorable avec disparition rapide du bullage. Quatre jours plus tard le drain est retiré; devant l'absence de récidive le patient peut rentrer à domicile. Quelles sont vos 3 recommandations indispensables au patient à distance de cet épisode ? (Jusqu'à 3 réponses)

A - Arrêt du tabac
B - Contre-indication des efforts à glotte fermée
C - Contre-indication de l'avion à vie
D - Risque important de récidive : consultation en urgence si douleur thoracique
E - Contre-indication de l'avion pendant 2 à 3 semaines
F - Indication à la réalisation d'une symphyse pleurale rapidement

QROC 6	Vous revoyez le patient quelques mois plus tard lors d'une garde aux urgences. Il se plaint d'une douleur thoracique très intense, migratrice, de début brutal il y a 1h quasiment lipothymique. Cliniquement, le patient est apyrétique, tachycarde à 110/min et normoxémique (99% en air ambiant). La tension est à 162/97 au bras droit. Vous notez une asymétrique des pouls entre les deux membres supérieurs et un souffle diastoloque au foyer aortique. L'ECG montre un rythme sinusal et des troubles de la repolarisation. Quel diagnostic suspectez-vous en priorité ? Texte libre (1 à 3 mots)

QCM 7	Vous suspectez en priorité une dissection aortique. Quelle sont les 4 éléments indispensable de votre bilan pré-thérapeutique? (Jusqu'à 4 réponses)

A - Angio-TDM aortique
B - Echographie cardiaque transthoracique
C - Bilan pré-opératoire (NFS, groupage et RAI)
D - Angiographie aortique
E - Corononarographie
F - Troponine
G - Echographie cardiaque transoesophagienne au bloc
H - BNP
I - D-dimères

QCM 8	Que retrouve-t'on habituellement à l'angio-TDM lors d'une dissection aortique ? (Jusqu'à 6 réponses)

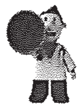
A - Extravasation de produit de contraste
B - Visualisation d'un voile intimal
C - Image en double chenal aortique
D - Dilatation aortique
E - Bilan d'extension (atteinte aorte ascendante et/ou de l'aorte descendante)
F - Thrombose intra-cavitaire
G - Tumeur comprimant l'aorte
H - Image en double bouton aortique

QCM 9	Vous retrouvez une dissection de l'aorte ascendante (stade A de Stanford) compliqué d'une dissection coronaire débutante. Les troponines sont à 2ng/mL. Quel est votre prise en charge? (Jusqu'à 6 réponses)

A - Urgence thérapeutique
B - Angio-IRM pour évaluer plus précisement l'extension de la dissection coronaire
C - Héparine non fractionnée pour traiter le Syndrome Coronaire Aigu
D - Prise en charge chirurgicale par une opération de Bentall
E - Prise en charge chirurgicale par une opération de Hartmann
F - Traitement hypotenseur par inhibiteurs calciques intraveineux
G - Traitement hypotenseur par inhibiteurs calciques per-os
H - Traitement par antalgique morphinique

QROC 10	Quelle pathologie de fond pouvant expliquer l'intégralité des épisodes présentés par le patient suspectez-vous ? Texte libre (1 à 3 mots)

2 Corrigé



LE + : PREMIERE LECTURE, CONSEILS ET ASTUCES

- **Appréciation globale et difficulté du dossier clinique progressif :**
- Dossier de maladie de Marfan avec des complications classiques
- Difficulté : 2/3
- A classer en 2ème position parmi les 3 dossiers de l'épreuve
- **Zéros et mots clés à inscrire sur le brouillon :**
- Tabac = à arrêter; Douleur = antalgique
- Douleur thoracique = ELIMINER "PIED" (voir encadré)
- Douleur thoracique sans cause évidente = troponine (à l'ECN en tout cas)
- **Astuces, réflexes et pièges QCM / QROC :**
- Si on vous détaille toute la sémio c'est pour vous faire dire un Sd clinique
- La sémiologie clinique est très à la mode !



GRILLE DE CORRECTION & COMMENTAIRES

		V F	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QCM 1	A -	F	0	• Les 4 urgences "classiques" devant une douleur thoracique = PIED - Péricardite; Infarctus du myocarde; Embolie pulmonaire; Dissection aortique • On pourrait y rajouter le pneumothorax qui peut être rapidement mortel • Pour être encore plus large devant une douleur thoracique voir encadré
	B -	V	7,5	
	C -	F	0	
	D -	V	7,5	
	E -	V	7,5	
	F -	F	0	
	G -	F	0	
	H -	F	0	
	I -	V	7,5	
QCM 3	A -	V	4	• Ces 5 signes de gravité sont a bien connaitre car changent la prise en charge : - Bilatéral, compressif (=déviation médiastin) et sur poumon pathologique = évident - Bride grave car risque rupture et d'hemorragie - Hémopneumothorax grave car probable rupture bride ou lésion artère mamaire ou intercostale - Decollement sur toute la hauteur = signe de PTX important mais pas forcément grave - Abaissement de la coupole en rapport avec l'étiologie du PTX (paralysie diaphragmatique?)
	B -	F	4	
	C -	V	5	
	D -	V	5	
	E -	V	4	
	F -	F	4	
	G -	V	4	
QCM 4	A -	F	4	• PTX compressif avec signe d'IVD = choc obstructif par tamponade gazeuse • Choc compressif = traitement étiologique (si possible) +/- remplissage PRUDENT • Oxygène même si absence hypoxémique dans PTX (cf resorption) • Ttt étiologique = EXSUFLATION au lit du malade car SDG immédiats • PUIS mise en place d'un drain • Pas d'intubation car : - drainage = corrige le problème du patient donc inutile - Ventilation mécanique AGGRAVE un PTX non drainé (risque de décès+++) • Jamais de symphyse pleurale en urgence
	B -	V	5	
	C -	V	5	
	D -	F	4	
	E -	V	4	
	F -	F	4	
	G -	F	4	
QCM 5	A -	V	10	• Arrêt tabac = reflexe !! • Pas d'avion 3 semaines = principale contre-indication • Risque IMPORTANT de récidive, on dit classiquement: - 1/3 récidive après 1 épisode; - 2/3 après 2 épisode; 3/3 après 3 épisode (symphyse !!) - Indication symphyse = voir encadré
	B -	F	0	
	C -	F	0	
	D -	V	10	
	E -	V	10	
	F -	F	0	

QCM 7	A -	V	4	• Urgence diagnostique et thérapeutique : chaque minute compte : ne pas retarder ttt • Diagnostic positif + extension : - Angio-TDM : pose le diagnostic; seulement si patient STABLE - ETO : pose le diagnostic, réalisé au bloc sous AG avant d'opérer • Diagnostic de gravité : - Troponines car trouble repolarisation chez sujet jeune : extension coronaire ? - Pas de coro car seul traitement = chirurgie ici - Pré-thérapeutique : - Bilan-pré-opératoire en urgence
	B -	F	3	
	C -	V	3	
	D -	F	3	
	E -	F	3	
	F -	V	4	
	G -	V	4	
	H -	F	3	
	I -	F	3	
QCM 8	A -	F	3	• Extravasation contraste = anévrysme en syndrome fissuraire • Thrombose intra-cavitaire : surtout dans l'anévrysme Ao abdominale • Thrombose possible mais rare et pas en début de dissection • Image en double bouton = très spécifique mais vu à la radio du thorax !! • Très souvent pas de lésion pré-existante de l'aorte à part anévrysme (non obligatoire) • Bilan extension important : - Si Aorte ascendante (=type A Stanford) = URGENCE CHIR • Si extension coronaire : infarctus !!
	B -	V	4	
	C -	V	4	
	D -	V	4	
	E -	V	4	
	F -	F	4	
	G -	F	4	
	H -	F	3	
QCM 9	A -	V	4	• Urgence thérapeutique : 1% de mortalité / heure • Opération = Opération de Bentall - Réalisée sous circulation extra-corporelle - Excision partie de l'aorte disséquée - Mise en place d'une prothèse Aortique - Réimplantation des coronaires • Traitement hypotenseur incontournable (PAS cible = 120-110 mmHg) - Ralenti la progression de la dissection
	B -	F	3	
	C -	F	3	
	D -	V	4	
	E -	F	4	
	F -	V	4	
	G -	F	4	
	H -	V	4	
			210	**Total QCM**

	Réponses	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QROC 2	• Syndrome (d'épanchement) • Pleural • Gazeux	10 10 10	• La clinique et la sémiologie reviennent à la mode • Diffère du Sd pleural liquidien par le tympanisme à la percussion • .. Et ça fait très classe en plus !
QROC 6	• Dissection • Aortique/Aorte	20 10	• Douleur thoracique aigue, migratrice • Chez sujet marfanoïde (longiligne) et ATCD PTX + luxation cristalin • Asymétrie des pouls et Insuff Ao présumée nouvelle
QROC 10	• (Syndrome de) / (Maladie de) • Marfan	0 30	• Trois maladies à évoquer devant une dissection Ao : - Marfan / Ehler-Danlos / Maladie annulo-ectasiante - = Maladies du tissus élastique • Antécédents font évoquer un marfan (cristalin + PTX)
		90	**Total QROC**



UE & ITEMS ABORDES

TYPE	ITEMS		INTITULES
	UE	NUMERO	
Question principale	11	356	Pneumothorax
Questions accessoires	8	228	Douleur thoracique aiguë et chronique



LE + : POUR MIEUX ASSIMILER

FICHE DE SYNTHESE
(POINTS CLES UE POUR MIEUX REPONDRE AUX DOSSIERS CLINIQUES PROGRESSIFS)

Pneumothorax (PTX) :

- Définition et physiopathologie:
  - Présence d'air dans l'espace entre la plèvre pariétale et la plèvre viscérale
  - Normalement espace fictif et pression négative dans la cavité pleurale
  - A l'inspiration la cavité thoracique s'expand et le poumon, collé à la plèvre pariétale s'expand aussi.
  - Augmentation de la pression : non expansion du poumon → Atelectasie
  - Si totale on ne retrouve qu'un "moignon pulmonaire" retracté au hile.
- Trois types de pneumothorax :
  - Traumatique : si cause traumatique retrouvée (dont pose de cathéter sous-clavier)
  - Spontanné : absence de cause retrouvée (fréquent !!)
  - Secondaire : présence d'une maladie pulmonaire responsable du PTX (emphysème/fibrose pulmonaire)
- Clinique / Paraclinique :
  - Spontanné : Souvent chez des sujets jeunes, longiligne, de sexe masculin et fumeur ++
  - Syndrome pleural gazeux
  - Douleur thoracique brutale, en hémithorax, irradiant homoplate et inhibant l'inspiration profonde
  - SDG cliniques :
    - × Cardiaque : signe de tamponade gazeuse (insuffisance ventriculaire droite)
    - × Respiratoire : Signes d'hypoxémie (cyanose), d'hypercapnie ...
    - × Hemorragique (si hémopneumothorax) : Sd anémique, choc hypovolémique
  - SDG radiologiques :
    - × PTX bilétaral
    - × PTX compressif (déviation médiastinale)
    - × PTX sur poumon pathologique = PTX secondaire (BPCO, fibrose..)
    - × Niveau hydro-aérique (hémopneumothorax)
    - × Présence d'une bride (poumon relié à la paroi thoracique en un point)
- Traitement :
  - OXYGENE même si normoxémie car augmente résorption du gaz pleural (cf gradient azoté)
  - Ambulatoire et symptomatique si : Faible abondance (décollement < 2cm), PTX spontané, sujet saint, bonne compréhension et à proximité d'un hopital avec réévaluation à 24-48h
  - Exsufflation :
    - × À l'aiguille : de sauvetage, en urgence si gravité immédiate PUIS mettre un DRAIN !!!
    - × Au cathlon : Si PTX idiopathique chez sujet jeune mais ttt ambulatoire non raisonnable
    - × Au 2-3ème espace intercostal sur ligne médio-claviculaire (en externe car art. mamaire interne)
  - Drain thoracique :
    - × Souvent en position postérieure, en aspiration ou avec valve anti-reflux. Surveillance du "bullage"
    - × Si signe de gravité clinique ou radiologique; si PTX secondaire; patient ventilé; echec exsufflation
  - Traitement préventif = symphyse pleurale :
    - × Si récidive ou 1er épisode contro-latéral (donc d'emblé si bilatéral)
    - × Si echec du drainage avec persistance d'un bullage > 72h
  - Ne pas oublier : traitement antalgique / ARRET TABAC / anti-tussif si toux / SURVEILLANCE
  - Education patient :
  - Risque récidive (1/3, 2/3, 3/3) important
  - Pas d'avion pendant 2-3 semaines

Maladie de Marfan :

- Définition :
  - Une des maladie du tissu conjonctif (du collagène) d'origine génétique
  - Y penser devant un sujet grand longiligne qui fait une dissection Ao ou des pneumothorax
  - Risque majoré de dissection Ao lors de la grossesse chez les Marfan (augmentation débit cardiaque)
  - Symptomes et complications (non exhaustive, liste à titre informative)
    - × Sujets grands, maigres et longilignes (=marfanoïdes)
    - × Subluxation du cristalin
    - × Hyperlaxité ligamentaire
    - × Pectus carinatum ou excavatum
    - × Pneumothorax spontanés
    - × Anevrysme de l'aorte (ascendante++) et dissection aortique
    - × Valvulopathie mitrale type prolapsus

- Mnémotéchnique dans une douleur thoracique :
  - En plus du PIED à éliminer en urgence, pour ne rien oublier évoquer "PU-PH C (le) PIED"
    - × PTX et Pleurésie
    - × Ulcère gastro-duodénal
    - × Pancréatite aigue
    - × Hépatique (colique)
    - × Cancer (du pancréas ++)
    - × Péricardite
    - × Infarctus du myocarde
    - × Embolie pulmonaire
    - × Dissection aortique

Notes personnelles

Consensus

UE dossier clinique progressif N° 22

Une céphalée pas anodine

1 Enoncé

Vous examinez aux urgence Mme Charlotte B., 28 ans, pour une céphalée de début insidieux évoluant depuis 24h. Il s'agit d'une céphalée en casque, très génante, l'ayant obligé à quitter son travail d'opticienne plus tôt dans la journée. Ce n'est pas sa premère céphalée, elle se qualifie d'ailleurs de migraineuse mais n'a jamais vu de neurologue. Elle a pris du doliprane avec une réponse médiocre par rapport à ses autres épisodes. Sa contraception est une pilule oestro-progestative minidosée. Son seul antécédent est la pose d'un implant cochléaire droit dans son enfance pour une surdité congénitale.

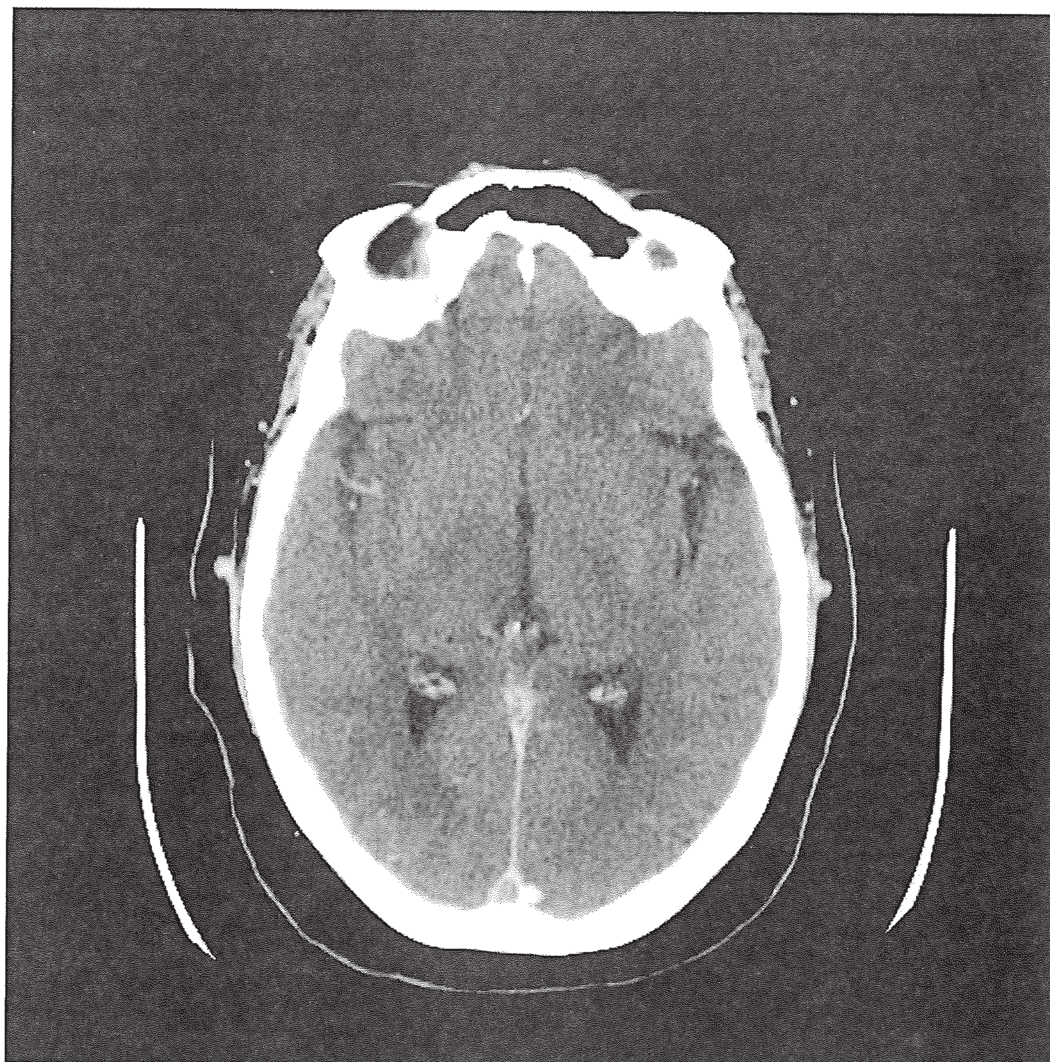
QCM 1	**Quels sont les critères diagnostics de la migraine sans aura ? (Jusqu'à 6 réponses)**
A -	Au moins 5 crises
B -	Au moins 3 crises
C -	Caractéristique de la douleur (>= 2 critères) : unilatéral / pulsatile / entravant activité / augmenté effort
D -	Durant de 4h à 2 jours
E -	Caratéristique de la crise (>= 1 critère) : Photophonophobie / Nausées et/ou vomissements
F -	Imagerie cérébrale (IRM) normal
G -	Examen physique normal en dehors des crises
H -	Symptomes visuels/auditifs/moteurs/sensitifs précédant la crise

QCM 2	**Quelles sont les causes de céphalées dites primaires ? (Jusqu'à 6 réponses)**
A -	Migraine
B -	Dissection vertébrale
C -	Céphalée de tension
D -	Hemorragie méningée
E -	Céphalées chroniques quotidiennes
F -	Algie vasculaire de la face
G -	Tumeur cérébrale
H -	Maladie de Horton
I -	Sinusite aigue ou chronique

QCM 3	**Votre examen physique est strictement normal et vous concluez à une céphalée de tension. La patiente rentre à domicile avec un traitement symptomatique. Elle revient 48h plus tard amenée par le SMUR car elle a présenté dans la journée 3 épisodes paroxystiques. La patiente raconte d'elle même que cela commençait par des tremblements de l'hémicorps (gauche 1 fois et droit 2 fois) puis elle ne se rappellait plus de la suite. Ses proches vous informe qu'elle cessait de répondre à son entourage et machonnait pendant quelques minutes avant de reprendre pleinement conscience quelques minutes plus tard. Quelles sont les propositions exactes concernant ces épisodes à priori épileptique? (Jusqu'à 3 réponses)**
A -	Crises généralisées tonico-clonique
B -	Crises généralisées d'absence
C -	Crises généralisées myoclonique
D -	Crises partielles complexes
E -	Crises partielles simples
F -	Crises partielles motrices
G -	Epilepsie myoclonique juvénile
H -	Probable lésion unique focale responsable de la symptomatologie

QROC 4	**Vous concluez à des crises motrices partielles complexes à bascule. La patiente est apyrétique et les autres constantes (dont le dextro) sont normales à part une tension un peu élevée à 153/98mmHg. A l'examen la patiente est consciente (glasgow à 15/15), orientée dans le temps et l'espace. Elle se plaint d'une céphalée en casque, de nausées et de quelques vomissements soulageant d'ailleurs sa céphalée. Il n'existe pas de raideur méningé franche. L'examen neurologique retrouve une légère asymétrie oculaire avec un oeil droit en adduction, revelée par une plainte de diplopie intermitente de la part de la patiente (maximale au regard externe vers la droite). Il n'y a pas d'autre déficit sensitif ou moteur. Quel est votre diagnostic syndromique clinique ? Texte libre (2 à 4 mots)**

QCM 5	**Vous suspectez un syndrome d'hypertension intra-cranienne. Quels sont les 2 examens que vous réalisez en priorité aux urgence ? (Jusqu'à 2 réponses)**
A -	Ponction lombaire
B -	TDM cérébral non injecté
C -	TDM cérébral injecté
D -	Electroencéphalogramme
E -	Echographie-doppler des troncs supra-aortiques
F -	IRM cérébral
G -	Echographie-doppler transcranienne
H -	Cliché de Blondeau



QCM 6	Voici l'imagerie, quel est votre interprétation ? (Jusqu'à 7 réponses)

A - IRM cébérale
B - Séquence T1-Gadolinium
C - Scanner cérébral injecté
D - Coupe axiale fenêtre osseuse
E - Disparition des sillons corticaux
F - Déviation de la ligne médiane
G - Hémorragie méningée
H - Signe du delta
I - Thrombose veineuse cérébrale

QCM 7	Vous concluez à une thrombose veineuse cérébrale avec hypertension intra-cranienne sans signe de transformation hémorragique. Quel est votre traitement ? (Jusqu'à 9 réponses)

A - Arret de la pilule oestro-progestative
B - Corticothérapie IV
C - Antiepileptiques
D - Mannitol IV
E - Héparines de très bas poids moléculaire (fondaparinux sous cutanée)
F - Héparine non fractrionnées IV à la seringue électrique
G - Relai par Anti-vitamine K pendant au moins 6 mois
H - Position demi-assise
I - Position en décubitus strict à 0°
J - Antipyrétique si température > 37,8°C
K - Insuline si glycémie > 1,5g/L

QCM 8	Quelles causes faut-il rechercher lors de la découverte d'une thrombose veineuse cérébrale ? (Jusqu'à 4 réponses)

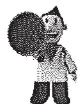
A - Thrombose veineuse profonde du membre inférieur
B - Infection loco-régionnale (otite moyenne aigue, mastoïdite ..)
C - Thrombophilie congénitale ou acquise
D - Migraine
E - Traumatisme cranien récent
F - Immunologique (lupus, Sd de Behçet...)
G - Cancer loco-régionnal ou à distance
H - Immobilisation récente

QROC 9	En creusant l'interrogatoire vous retrouvez des arthralgies des poignets et des mains non érosives (radiographies réalisées par son médecin traitant) et un antécédent d'eau "autour du poumon". Votre examen minutieux met en évidence des lésions arrondies, à bord erythémateux et à centre atrophique. La biologie met en évidence : La présence d'anticorps anti-nucléaires à 1/640, avec la présence d'anti-ADN natifs. Le TCA est à 2 fois la normal sans correction à l'ajout de serum témoin. Le reste du bilan biologique est sans particularité. Quels sont les deux diagnostics à évoquer devant l'ensemble de ces données ? (3 mots + 3 mots)

QCM 10	La patiente est traitée par anti-vitamine K à dose curative et de l'hydroxycholoroquine pour son Sd des anti-phospholipides et son lupus erythémateux disséminé respectivement. Vous la revoyez en consultation quelques années plus tard. Ses pathologies sont bien controlées sans atteinte rénale mais elle a maintenant 32 ans et envisage fortement une grossesse. Quel est votre discours vis à vis de la patiente ? (Jusqu'à 6 réponses)

A - Une grossesse est possible à priori
B - Les anti-vitamine K doivent être poursuivi pendant toute la grossesse
C - Un relai des AVK par héparines de bas poids moléculaire doit être réalisé
D - De l'aspirine à doses anti-agrégeant doit être prescrit
E - Il s'agit d'une grossesse à risque
F - L'aspirine doit être poursuivi jusqu'à l'accouchement
G - Les héparines doivent être poursuivi jusqu'à l'accouchement
H - La présence d'anticorps anti-SSA mettrait à risque d'un bloc atrio-ventriculaire congénital

2 Corrigé



LE + : PREMIERE LECTURE, CONSEILS ET ASTUCES

- **Appréciation globale et difficulté du dossier clinique progressif :**
  - Dossier Assez difficile mais à maitriser sur le SAPL
  - Difficulté : 3/3
  - A classer en 3ème position parmi les 3 dossiers de l'épreuve
- **Zéros et mots clés à inscrire sur le brouillon :**
  - Pilule oestro-progestative aux ECN = chercher contre-indication !!
  - Pas d'IRM si objet metallique exogène !!!!!!!!!
- **Astuces, réflexes et pièges QCM / QROC :**
  - Si on demande 2 examens c'est car certain sont contre-indiqués
  - Ne pas se forcer à mettre autant de réponse positive que le nombre indiqué



GRILLE DE CORRECTION & COMMENTAIRES

		V F	Cota tion	Commentaires, conseils et coaching
QCM 1	A -	V	4	• Critères IHS de la migraine = règle du 5-4-3-2-1-0 = CLINIQUE • Au moins 5 crises • Durant de 4h à 3 jours • 2 parmis : unilatéral/pulsatil/limitant activité/augmenté par effort • 1 parmis : nausée ou vomissements / photophonophobie • 0 signe clinique en dehors des crises
	B -	F	3	
	C -	V	4	
	D -	F	3	
	E -	V	4	
	F -	F	4	
	G -	V	4	
	H -	F	4	
QCM 2	A -	V	3	• Céphalées primaire = groupe de céphalée sans lésion objectivable • Il faut être très prudent quand on affirme ces diagnostic chez un patient sans antécédent ou avec une douleur non typique de ses autres crises
	B -	F	3	
	C -	V	4	
	D -	F	3	
	E -	V	4	
	F -	V	4	
	G -	F	3	
	H -	F	3	
	I -	F	3	
QCM 3	A -	F	3	• Initialement : la patiente reste consciente = crise PARTIELLE ≠ généralisée • Symptomatologie = motrice • Perte de conscience secondaire = généralisation à type absence = COMPLEXE • Probablement pas de lésion focale unique car crise des 2 cotés
	B -	F	3	
	C -	F	3	
	D -	V	5	
	E -	F	3	
	F -	V	5	
	G -	F	3	
	H -	F	5	
QCM 5	A -	F	**MZ**	• Contre-indication ABSOLUE à la PL (risque d'engagement car HTIC) = ZERO si V • Contre-indication ABSOLUE à l'IRM (implant cochléaire = métalique) = ZERO si V • Epilepsie = EEG = recherche crise persistante fruste • Signe d'HTIC = nécéssité d'une imagerie cébébrale • L'injection augmente la sensibilité pour diagnostiquer : - Les tumeurs cérébrales primaires ou secondaire++ - Les thromboses veineuses - Les abcès ..
	B -	F	0	
	C -	V	15	
	D -	V	15	
	E -	F	0	
	F -	F	0	
	G -	F	0	
	H -	F	**MZ**	

QCM 6	A -	F	3 (-5)	• Examen : - TDM cérébral injecté en coupe axiale - Fenêtre parenchymateuse • Diagnostic positif : - Hypodensité sinus sagital supérieur avec signe du Delta - = Thrombose veineuse cérébrale • Diagnostic de gravité : - Signe HTIC : disparition des sillons corticaux - Pas de déviation de la ligne médiane (pas d'effet de masse) - Pas de signe de transformation hémorragique
	B -	F	3	
	C -	V	3	
	D -	F	3	
	E -	V	4	
	F -	F	3	
	G -	F	3	
	H -	V	4	
	I -	V	4	
QCM 7	A -	V	3	• Question de ttt : réfléchir en 3 phases : - Ttt étiologique : × Arret de la pilule (oestrogènes pro-coagulants) × Ttt anti-coagulant : × Ttt anticoagulant par héparine NF IV ou HBPM SC PUIS AVK × Non contre-indiqué si transformation hémorragique × Fondaparinux n'a pas l'AMM dans la TVC - Ttt symptomatique : × Antiépileptique : seulement si crise × Ttt HTIC : tête à 30°, mannitol car HTIC avec paralysie du VI × Lutte contre ACSOS (agression cérébrales secondaires d'origine systémique) × Ttt hyperglycémie, hyperthermie, HTIC …
	B -	F	2	
	C -	V	3	
	D -	V	3	
	E -	F	2	
	F -	V	3	
	G -	V	3	
	H -	V	3	
	I -	F	2	
	J -	V	3	
	K -	V	3	
QCM 8	A -	F	0	• Une thrombose veineuse cérébrale est rare et doit faire rechercher ces 4 facteurs : - Bilan de thrombophilie SYSTEMATIQUE + arrêt d'une pilule !!!! - Recherche infection loco-régionale : en général au premier plan ! - Recherche affection auto-immune : anticorps anti-nucléaires si pas d'orientation - Recherche cancer souvent occulte
	B -	V	7,5	
	C -	V	7,5	
	D -	F	0	
	E -	F	0	
	F -	V	7,5	
	G -	V	7,5	
	H -	F	0	
QCM 10	A -	V	4	• Question un peu difficile mais importante car soucis premier des patientes/couples ++ - Possible à priori car maladie controlée > 6 mois sans atteinte rénale - Grossesse à risque car Lupus et SAPL - SAPL symptomatique donc nécéssité traitement par × Aspirine jusqu'à la 34ème semaine (car risque hemorragique périnatal) × HBPM jusqu'à l'accouchement × CONTRE-INDICATION des AVK dans la grossesse
	B -	F	3	
	C -	V	4	
	D -	V	4	
	E -	V	4	
	F -	F	3	
	G -	V	4	
	H -	V	4	
			240	**Total QCM**

	Réponses	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QROC 4	• Syndrome • (D') hypertension • Intra-cranienne	5 10 15	• Syndrome à savoir reconnaitre !! • Céphalée en casque avec vomissement (soulageant !) • Paralysie du VI non localisatrice • Contre-indique la PL (risque engagement)
QROC 9	• Syndrome (des) • Anti-phospholipides • Lupus • Erythémateux • Disséminé ou systémique	0 15 5 5 5	• TCA allongé non corrigé par serum témoin = évoque présence d'un anticoagulant circulant (=lupique) • Lupus : lupus discoïde + pleurésie + Anticorps chez femme jeune
		60	**Total QROC**



UE & ITEMS ABORDES

TYPE	ITEMS		INTITULES
	UE	NUMERO	
Question principale	11	335	Accidents vasculaires cérébraux
Questions accessoires	4	98	Céphalées aigues et chroniques
	7	190	Lupus érythémateux disséminé, syndrome des anti-phospholipides
	2	23	Principales complications de la grossesse



LE + : POUR MIEUX ASSIMILER

FICHE CONSENSUS (CONFERENCES DE CONSENSUS et RECOMMANDATIONS)	
IHS	**Critères diagnostics des migraines**

Migraine sans aura :

- Critères IHS de la migraine = règle du 5-4-3-2-1-0 = CLINIQUE
  - Au moins 5 crises
  - Durant de 4h à 3 jours
  - 2 parmis : unilatéral / pulsatile / limitant l'activité ou intensitée modérée à sévère / augmenté par l'effort
  - 1 parmis : nausée ou vomissements / photophonophobie
  - 0 signe clinique en dehors des crises et pas d'autre cause retrouvée

Migraines avec aura :

- Critères HIS de la migraine avec aura :
- Au moins 2 crises
- L'aura comprend au moins un des symptômes suivants mais pas de déficit moteur :
  - Symptômes visuels entièrement réversibles, incluant des phénomènes positifs (taches ou lumières scintillantes…) et/ou négatifs (perte de vision)
  - Symptômes sensitifs entièrement réversibles incluant des phénomènes positifs (fourmillements) et/ou négatifs
  - Troubles du langage de nature dysphasiques entièrement réversibles
- Au moins deux des caractéristiques suivantes :
  - Symptômes visuels homonymes et/ou symptômes sensitifs unilatéraux
  - Au moins un symptôme de l'aura se développe progressivement en ≥ 5 minutes et/ou les différents symptômes de l'aura surviennent successivement en ≥ 5 minutes
  - Chaque symptôme dure ≥ 5 minutes et < 60 minutes
- Céphalée satisfaisant les critères B-D de la migraine sans aura et débutant pendant l'aura ou dans les 60 minutes suivant l'aura
- Pas d'autre cause retrouvée

UE dossier clinique progressif N° 23

Le dos en compote

1 Enoncé

Jeune rhumatologue, vous faites l'admission aux urgences de M. Simon B., agé de 69 ans, consultant pour d'importantes rachialgies évoluant depuis 3 jours. Cet ancien pharmacien ayant travaillé en tant que chimiste est à la retraite depuis maintenant 9 ans. A l'occasion d'une séance de jardinage il s'est retrouvé "bloqué" en se relevant, avec d'une douleur très importante. Celle-ci ne cédant pas malgré le repos il décide d'aller aux urgence.
Il n'a aucun antécédent particulier et ne prend pas de médicament. Il pèse 75kg pour 1m80.

QCM 1	**Votre externe vous informe qu'il pense avoir diagnostiqué un lumbago chez ce patient. Quels sont les 6 éléments que vous recherchez en priorité à l'examen clinique et qui pourraient vous faire envisager un autre diagnostic ? (Jusqu'à 6 réponses)**

A - Fièvre
B - Signe de Lasègue positif
C - Raideur rachidienne
D - Signe de la sonnette
E - Une EVA > 6
F - Une position antalgique
G - L'absence d'un reflexe ostéo-tendineux
H - Une perte de poids inexpliquée récente
I - Des douleurs majorée la nuit et au repos
J - Une anesthésie en selle

QCM 2	**Quelles sont les 4 principales causes de lombalgies secondaires ? (Jusqu'à 4 réponses)**

A - Dégénératives
B - Fractures vertébrales ostéoporotiques
C - Troubles de la statique rachidienne (syndrome trophostatique)
D - Pathologies tumorales
E - Spondylodiscite infectieuses
F - Spondyloarthropathies
G - Dérangement inter-vertébral mineur
H - Polyarthrite rhumatoïde

QCM 3	**Lors de votre examen physique vous retrouvez : - Des constantes sans particularité et l'absence de fièvre. - Un syndrome rachidien marqué avec un signe de la sonnette, une raideur importante et une position antalgique. - Une faiblesse des deux membres inférieurs cotée à 2/5 associée à des reflexes vifs et diffusants et un signe de babinski bilatéral. - Une anesthésie jusqu'au nombril et une abolition des reflexes cutanés abdominaux - Un fort doute que votre externe ait examiné consciencieusement ce malade. Quelles sont les réponses exactes concernant les conclusion de votre examen clinique? (Jusqu'à 4 réponses)**

A - Compression des racines lombaires et sacrées (Syndrome de la queue de cheval)
B - Compression du cone terminal
C - Compression médullaire
D - Urgence diagnostique et thérapeutique
E - La lésion se situe au niveau D12
F - La lésion se situe au niveau D10
G - La lésion se situe au niveau D4
H - Il existe un risque d'arrêt respiratoire
I - Il existe un risque de rétention aigue d'urine

QROC 4	Quel examen complémentaire réalisez-vous en urgence ? (2 mots)

QCM 5	Vous réalisez une IRM médullaire en urgence, vous retrouvez une fracture vertébrale au niveau D10. Quels sont les critères en faveur d'une fracture vertébrale secondaire ? (Jusqu'à 6 réponses)
A -	Niveau supérieur à D4-D6
B -	Fracture symétrique
C -	Absence d'ostéolyse (signe du puzzle)
D -	Atteinte de l'arc postérieur
E -	Recul du mur postérieur
F -	Epidurite à l'IRM
G -	Atteinte des parties molles

QROC 6	La compression médullaire est d'allure secondaire et est traitée avec succès par décompression. En reprenant l'histoire il souffre en fait de douleurs osseuses diffuses principalements nocturnes depuis plusieurs mois. Lors de votre bilan vous retrouvez : Ionogramme : Na+ : 138mM; K+ : 3,8mM; Cl- 98mM; Ca++ : 2,8 mM; Albumine : 30g/L, glycémie à jeun normale. La NFS est normale. La créatinine plasmatique est à 250µmol/L. LDH = 3N; CRP < 4mg/L; VS : 110mm à la première heure. La bandelette urinaire est négative tandis que la protéinurie des 24h est à 4g. Quel diagnostic (+stade) expliquant l'ensemble du tableau évoquez-vous ? (4 mots)

QCM 7	Vous suspectez un myélome multiple, quels examens réalisez-vous d'emblée pour confirmer votre diagnostic et en évaluer la gravité ? (Jusqu'à 10 réponses)
A -	Biopsie ostéo-médullaire
B -	Myelogramme
C -	Radiographies du squelette entier
D -	Electrophorèse des protéines plasmatiques + immunofixation
E -	Electrophorèse des protéines urinaires + immunofixation
F -	Scintigraphie osseuse au 18-FDG
G -	Dosage pondéral des immunoglobulines
H -	Scanner du rachis avec injection de produit de contraste
I -	Electrocardiogramme
J -	Béta2-microglobuline
K -	Echographie rénale

QCM 8	Quels sont les réponses exactes concernant les résultats du myelogramme dans le myélome multiple ? (Jusqu'à 7 réponses)
A -	L'absence des critères diagnostics au myelogramme élimine le diagnostic
B -	Plasmocytes au moins > 10%
C -	Plasmocytes au moins > 30%
D -	Moelle généralement pauvre et fibrosée
E -	Présence de plasmocytes dystrophiques
F -	On recherche des anomalies chromosomiques par caryotypage
G -	Caractère polyclonal de la prolifération
H -	Cellules de Reed-Sternberg
I -	Ombres de Gumprecht

QCM 9	Quelles sont les différentes atteintes rénales possibles dans le myelome ? (Jusqu'à 6 réponses)
A -	Néphropathie à cylindre myélomateux
B -	Amylose
C -	Maladie de Randall (dépot d'immunoglobulines)
D -	Fonctionnelle sur deshydratation ou hypercalcémie
E -	Néphropathie tubulo-interstitielle chronique
F -	Micro-angiopathie thrombotique
G -	Syndrome des emboles de cholestérol
H -	Maladie de Fanconi
I -	Glomérulonéphrite extra-capillaire

QCM 10	**Vous revoyez le patient a distance, il est toujours traité pour son myélome mais garde des sequelles rénales. Il a bien récupéré de sa compression médullaire mais se plaint maintenant de dysesthésie des extrémités (mains + pieds) avec un engourdissement. La force et les reflexes ostéo-tendineux sont également diminuées. Quelles sont vos 4 hypothèses concernant l'étiologie de cette neuropathie périphérique ? (Jusqu'à 4 réponses)**

A - Iatrogène
B - Insuffisance rénale chronique
C - Carence en B9
D - Diabète
E - Sclérose latérale amyotrophique
F - Sclérose en plaque
G - Lèpre
H - Auto-immun (syndrome POEMS ou cryoglobulinémie)
I - Amylose AL
J - Amylose AA
K - Péri-artérite noueuse

2 Corrigé



LE + : PREMIERE LECTURE, CONSEILS ET ASTUCES

- **Appréciation globale et difficulté du dossier clinique progressif :**
  - Dossier assez difficile et transversal sur le myelome (maladie incontournable de l'ECN)
  - Difficulté : 3/3
  - A classer en 3ème position parmi les 3 dossiers de l'épreuve
- **Zéros et mots clés à inscrire sur le brouillon :**
  - Insuffisance rénale = ECHOGRAPHIE
  - Hypercalcémie = ECG
  - Compression médullaire = IRM
- **Astuces, réflexes et pièges QCM / QROC :**
  - On vous demande 2 mots : le respecter
  - Si doute sur le choix des mots utiliser le titre de l'item du CNCI (exemple : myelome multiple)



GRILLE DE CORRECTION & COMMENTAIRES

		V F	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QCM 1	A -	V	5	• Lumbago = douleur lombaire brutale d'origine mécanique sans atteinte radiulaire • Fièvre et altération état général font évoquer infection ou cancer • Douleur d'horaire inflammatoire = cause non mécanique = ELIMINE LUMBAGO • Signe neurologique = ELIMINE LUMBAGO - Lasègue + = reproduction douleur d'un trajet neurologique L4 ou L5 à la flexion du membre inférieur sur le corps - Abolition d'un réflexe = atteinte radiculaire
	B -	V	5	
	C -	F	0	
	D -	F	0	
	E -	F	0	
	F -	F	0	
	G -	V	5	
	H -	V	5	
	I -	V	5	
	J -	V	5	
QCM 2	A -	F	0	• Lombalgies primaires = lomvalgies dégénératives ou fonctionnelles • Arthrose, DIM, Sd trophostatique • 4 causes fréquentes sont : - Fracture ostéoporotiques : les plus fréquentes - Tumeur vertébrales (secondaires ++) dont le myélome - Inflammatoire : spondyloarthropathies mais PAS le polyarthrite rhumatoïde - Infectieuses avec spondylodiscite
	B -	V	7,5	
	C -	F	0	
	D -	V	7,5	
	E -	V	7,5	
	F -	V	7,5	
	G -	F	0	
	H -	F	0	
QCM 3	A -	F	3	• Sd queue de cheval = paralysie flasque + anesthésie en selle • Sd du cone terminal = Sd de la queue de cheval + Sd pyramidal • Compression médullaire = Sd rachidien + Sd lésionnel + Sd sous-lésionnel - Chacun de ces Sd = URGENCE thérapeutique (risque paralysie) • Repères topographiques : D4 = mamelons; D6 = xiphoïde; D10 = ombilic • Risque arrêt respiratoire si atteinte C3-C4-C5 (controle diaphragme)
	B -	F	3	
	C -	V	4	
	D -	V	4	
	E -	F	3	
	F -	V	4	
	G -	F	3	
	H -	F	3	
	I -	V	3	

QCM 5	A -	V	5	• Critères radiographiques à bien connaitre : béninité = - En dessous de D4-D6 - Absence ostéolyse et rupture corticale (signe du puzzle) - Vertèbre symétrique / cunéiforme - Absence de recul du mur postérieur - Absence atteinte de l'arc postérieur (vertèbre borgne) - Absence d'atteinte des parties molles (abcès) - Absence d'épidurite à l'IRM (hypersignal T2 de la dure-mère)
	B -	F	4	
	C -	F	4	
	D -	F	4	
	E -	V	5	
	F -	V	4	
	G -	V	4	
QCM 7	A -	F	2	• Bilan à connaitre - CONTRE-INDICATION injection iode si myélome + insuffisance rénale × Risque de d'aggravation de néphropathie à cylindre myelomateux × Par aggrégation des chaines légères et nécrose tubulaire aigue - Insuffisance rénale aigue = échographie rénale SYSTEMATIQUE - Recherche cause curable = obstructive - D'autant qu'hypercalcémie : lithiase calcique ? - Hypercalcémie = risque cardiaque : ECG systématique (-10 si oubli) - Calcémie corrigée = 3,05 mM = grave !! **MZ = 0 au QCM si coché V; PMZ = 0 au QCM si cocé F**
	B -	V	3	
	C -	V	3	
	D -	V	3	
	E -	V	3	
	F -	F	2	
	G -	V	3	
	H -	F	2 **MZ**	
	I -	V	3 **(F -10)**	
	J -	V	3	
	K -	V	3 **PMZ**	
QCM 8	A -	F	3	• Le myélogramme peut être non diagnostic (infiltration diffuse) → faire Biopsie ostéo-médullaire (BOM) • Classiquement : moelle riche avec > 10% de plasmocytes dystrophiques • Caryotype indispensable (valeur pronostique) • La prolifération est monoclonale (pic monoclonal à l'electrophorèse) • Reed-Sternberg = lymphome hodgkin; Gumprecht = leucémie lymphoïde chronique
	B -	V	4	
	C -	F	3	
	D -	F	3	
	E -	V	4	
	F -	V	4	
	G -	F	3	
	H -	F	3	
	I -	F	3	
QCM 9	A -	V	4	• 5 causes d'insuffisance rénale pendant le myélome à bien connaitre • Néphropathie à cylindre myélomateux = la plus fréquente des atteinte organique - Polymérisation de chaines légères dans tubule favorisé par : × Deshydratation, hypercalcémie × INJECTION de produit de contraste IODE × AINS, IEC, ARA2 - Amylose = dépot de protéine insoluble dans les tissus × Type AA : dépot protéine de l'inflammation (donc dans inflammations chroniques (Polyarthrite Rhumatoïde, infection chronique)) × Type AL : dépot de chaines légères (donc dans myélome, lymphomes..)
	B -	V	4	
	C -	V	4	
	D -	V	3	
	E -	F	3	
	F -	F	3	
	G -	F	3	
	H -	V	3	
	I -	F	3	
QCM 10	A -	V	7,5	• Causes + frequente population générale : - Diabète : pas ici car IMC et glycémie normaux et pas d'antécédent - Alcool-toxique : Pas de notion - Médicaments : ttt du myélome stade III = chimiothérapie avec VINCRISTINE = neurotoxique • Complicationn spécifique myélome : - Auto-immune avec Sd POEMS (polyneuropathy, organomégaly, endocrinopathy, monoclonal, Skin) - Amylose AL : depot de protéines dans les tissus
	B -	V	7,5	
	C -	F	0	
	D -	F	0	
	E -	F	0	
	F -	F	0	
	G -	F	0	
	H -	V	7,5	
	I -	V	7,5	
	J -	F	0	
	K -	F	0	
			240	**Total QCM**

	Réponses	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QROC 4	• IRM • Médullaire	20 10	• Suspicion compression médullaire = IRM médullaire • Ne pas se contenter de "IRM" seul : dire localisation • Le Scanner n'a pas la résolution pour bien étudier moelle
QROC 6	• Myélome • multiple	20 10	• VS très élévée sans Sd inflammatoire = probable hypergamma • Protéinurie à BU normale = chaine légère dans les urines • Ajouter douleurs osseuses inflammatoires, fracture vertébrale d'allure maligne, hypercalcémie, antécédent d'exposition aux produits chimiques = Myélome multiple
		60	**Total QROC**



UE & ITEMS ABORDES

TYPE	ITEMS		INTITULES
	UE	NUMERO	
Question principale	11	317	Myélome multiple des os
Questions accessoires	4 4	91 92	Compression médullaire non traumatique Rachialgies



LE + : POUR MIEUX ASSIMILER

FICHE DE SYNTHESE
(POINTS CLES UE POUR MIEUX REPONDRE AUX DOSSIERS CLINIQUES PROGRESSIFS)

Myelome multiple :

- Epidémiologie et définition :
  - Prolifération monoclonale plasmocytaire (=lymphocytes sécrétant les Ig)
  - Touche le sujet agé (majoritairement > 60 ans)
  - Facteur de risque = irradiation / pesticides / benzènes
- Classification :
- Deux type de classification :
  - Forme symptomatique ou asymptomatique selon critère CRAB (calcémie/rénal/anémie/bone)
  - Salmon et Durie : de I à III : masse tumorale faible ou élevée
    - × Stade III si au moins un critère parmi : Hb < 8,5g/dL, Ca++>3mM; >3 lésions osseuses; IgG > 70g/L ou IgA > 50g/L ou protéine Bence-Jones urinaire > 12g/L
- Diagnostic :
  - Diagnostic posé en pratique si Ig monoclonale et > 10% de plasmocytes dystrophiques au myélogramme
  - A évoquer si :
  - VS élevée et CRP normale +++ (HAS)
  - Protéinurie élevée avec BU normale (chaines légères non détéctées par la BU)
- Complications :
  - Rénales (5) : Néphropathie cylindre M; Fanconi; Randall; Fonctionnelle; Amylose AL
  - Infectieuse : Par diminution des Ig polyclonale = déficit immunitaire humoral
  - Osseux : fracture / hypercalcémie
  - Hématologique : anémie multifactorielle, Sd d'hyperviscosité
  - Neurologique : Compression médullaire, neuropathie périphérique
  - Amylose AL : Atteinte rénale/cardio/neuro/cutané ...
- Pronostic :
  - Classification de Salmon et Durie
  - Classification IPI : selon albumine et béta2-microglobuline
  - Caryotype, age, terrain, LDH, réponse au ttt ..

Consensus

UE dossier clinique progressif N° 24

Allez, donne !

1 Enoncé

Interne en Néphrologie vous examinez Mme Johanna I., 64 ans en consultation pour le suivi de son insuffisance rénale chronique secondaire à une polykystose rénale autosomique dominante.
La patiente est actuellement hémodialysée par le biais d'une fistule artério-veineuse radiale depuis 2 ans.

QROC 1	Quelle alternative à la dialyse pourriez-vous lui proposer ? Texte libre (1 à 3 mots)

QCM 2	Une transplantation rénale est envisagée. Quels sont les 4 grands principes du don d'organe ? (Jusqu'à 4 réponses)

A - Gratuité
B - Obligation de don
C - Consentement présumé du donneur
D - Refus présumé du donneur
E - Anonymat du don
F - Rémunération pour les dons
G - Egalité entre receveurs (premier inscrit, premier greffé)
H - Interdiction de publicité

QCM 3	La patiente soumet l'idée d'un don par un donneur vivant. Qui pourrait lui donner un rein ? (Jusqu'à 10 réponses)

A - Les parents sans dérogation
B - Les parents avec dérogation
C - Le fils ou la fille de la patiente avec dérogation
D - Un frère ou soeur avec dérogation
E - Un oncle ou une tante avec dérogation
F - Un collègue de travail avec dérogation
G - Un partenaire de vie depuis plus de 2 ans
H - La dérogation se fait par le juge de proximité au tribunal de police
I - La dérogation se fait par le tribunal de grande instance
J - Accord du médecin de famille obligatoire
K - Accord d'un comité d'éthique indépendant obligatoire
L - Compatibilité groupe ABO indispensable

QCM 4	Quels sont les facteurs à rechercher en pré-opératoire pour évaluer le risque de rejet ? (Jusqu'à 8 réponses)

A - Antécédent de greffe d'organe solide
B - Antécédent de transfusion sanguine
C - Antécédent de tuberculose
D - Antécédent de grossesses
E - Test du cross match en pré-transplantation
F - Présence d'anticorps anti-HLA
G - Compatibilité HLA donneur-receveur
H - Statut rhésus (positif ou négatif)

QCM 5	Au final, aucun donneur vivant ne peut-être envisagé. Quels sont les critères de prélèvement d'organe chez un donneur décédé ? (Jusqu'à 11 réponses)

A - Asystolie sur l'ECG > 5 minutes
B - EEG plat pendant > 30 minutes en amplification maximale
C - Au moins 2 ECG à 4h d'interval
D - Artériographie cérébrale montrant un arrêt de la circulation cérébrale
E - Absence de conscience spontanée et d'activité motrice spontanée
F - Absence des réflexes du tronc
G - Absence des réflexes ostéo-tendineux
H - Absence de ventillation spontanée confirmée par un test d'hypercapnie
I - Absence de refus de son vivant (registre national de refus)
J - Constatation par au moins 2 médecins thésés dont un transplanteur
K - Absence d'imprégnation par médicaments psychotropes ou d'hypothermie

QCM 6	Quels sont les réponses exactes concernant le traitement immunosuppresseur d'un greffé (traitement d'entretien) ? (Jusqu'à 6 réponses)

A - En règle générale une bithérapie
B - En règle générale une trithérapie
C - Associe une corticothérapie systémique
D - Associe un anti-TNF alpha (etanercept)
E - Associe un anti-CD20 (rituximab)
F - Associe un anti-métabolite (azathioprine, mycophénolate mefétil.)
G - Associe un inhibiteur de calcineurine (ciclosporine, tacrolimus)
H - Associe anticorps anti-lymphocytes T
I - Associe du cotrimoxazole
J - Associe du valganciclovir
K - A VIE

QCM 7	Quels sont les avantages de la greffe par rapport à la dialyse ? (Jusqu'à 5 réponses)

A - Amélioration de la durée de vie
B - Amélioration de la qualité de vie
C - Baisse des coûts de santé (après la première année)
D - Baisse des complications infectieuses
E - Diminution du nombre de médicaments pris par le patient
F - Diminution du risque de cancer

QCM 8	Le patient développe une fièvre à J3 post-opératoire. La saturation baisse à 88% en air ambiant sans reprise de la diurèse. Quelles sont vos 3 hypothèses à évoquer en priorité ? (Jusqu'à 3 réponses)

A - Pneumopathie associée à la ventillation mécanique
B - Rejet hyper-aigu
C - Infection urinaire nosocomiale
D - Infection d'un kyste rénal
E - Infection lié à un cathéter
F - Embolie pulmonaire
G - Infection du site opératoire

QROC 9	Quel organisme hospitalier devez-vous contacter en cas de pneumopathie associée à la ventilation mécanique ? Texte libre (2 à 4 mots)

QCM 10	Le patient décède finalement de son infection nosocomiale. La famille demande à consulter le dossier médical. Quelles sont les modalités pour y avoir accès? (Jusqu'à 8 réponses)

A - La famille n'a jamais le droit d'y avoir accès
B - Accompagnement médical obligatoire pour son accès
C - Accès immédiat possible sur place sur simple demande
D - Accès possible sur place entre 48h et 8j après demande
E - Possible si justification est de connaitre la cause du décès
F - Possible si justification est de faire valoir leurs droits
G - Possible si justification est de défendre la mémoire du défunt
H - Possible si absence de refus du patient de son vivant

2 Corrigé



LE + : PREMIERE LECTURE, CONSEILS ET ASTUCES

- **Appréciation globale et difficulté du dossier clinique progressif :**
  - Dossier axé sur la pratique médicale et la transplantation : très à la mode !!!!!
  - Difficulté : 2/3
  - A classer en 2ème position parmi les 3 dossiers de l'épreuve
- **Zéros et mots clés à inscrire sur le brouillon :**
  - Chirurgie + dyspnée = EP
  - Transplantation et problème en aigu = rejet aigu jusqu'à preuve du contraire
- **Astuces, réflexes et pièges QCM / QROC :**
  - Etre complet dans les QROC même si c'est évident : transplantation RENALE
  - Bien lire la question : cotrimoxazole = anti-infectieux et non immunosuppresseur



GRILLE DE CORRECTION & COMMENTAIRES

		V F	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QCM 2	A -	V	7,5	• Les 4 grands principes de la transplantation en France • Loi de Bioéthique révisée en 2011 • Consentement présumé du donneur • Patient présumé d'accord si absence de refus (inscrit liste nationale refus) • Prélèvement des organes possible même si famille opposée • Cependant ce n'est pas fait en pratique
	B -	F	0	
	C -	V	7,5	
	D -	F	0	
	E -	V	7,5	
	F -	F	0	
	G -	F	0	
	H -	V	7,5	
QCM 3	A -	V	3	• Sans dérogation = les parents de la patientes • Reste de la famille proche et partenaire avec >= 2 ans vie commune : avec dérogation • Demande écrite auprès du président du tribunal de grande instance • Accord d'un comité d'éthique indépendant • Pas de dons pour les personnes plus éloignées ..
	B -	F	2	
	C -	V	3	
	D -	V	2	
	E -	V	3	
	F -	F	2	
	G -	V	3	
	H -	F	2	
	I -	V	3	
	J -	F	2	
	K -	V	3	
	L -	V	2	
QCM 4	A -	V	4	• Rechercher FDR allo-immunisation préalable : × Transfusion/greffe/grossesse - Nombre incompatibilité HLA = augmentation du risque rejet • Mais ne contre indique PAS la greffe - Compatibilité ABO indispensable mais pas Rhésus - Antécédent de Tuberculose = contre indication relative infectieuse mais non immunologique
	B -	V	4	
	C -	F	3	
	D -	V	4	
	E -	V	4	
	F -	V	4	
	G -	V	4	
	H -	F	3	

QCM 5	A -	F	2	• Don sur donneur coeur battant mais en mort encéphalique • Critères cliniques (3) • Critère paraclinique (2 EEG ou 1 artériographie cérébrale) • Certificat par 2 médecins non lié activité transplantation • Pas d'intoxication pouvant fausser résultats cliniques/paracliniques
	B -	V	3	
	C -	V	3	
	D -	V	3	
	E -	V	3	
	F -	V	3	
	G -	F	2	
	H -	V	3	
	I -	V	3	
	J -	F	2	
	K -	V	3	
QCM 6	A -	F	2	• En règle générale : Trithérapie A VIE • Corticothérapie (dose moyenne/faibles : 10mg/j solupred) • Antimétabolite/prolifératif : azathiprine ou mycophénolate mofetil • Anti-calcineurine : ciclosporine ou tacroliumus • On y ajoute des prophylaxies anti-infectieuses .. (cotrimoxazole ++) • Serul anti lymphocytes T pendant l'induction mais pas entretien
	B -	V	3	
	C -	V	3	
	D -	F	2	
	E -	F	2	
	F -	V	3	
	G -	V	3	
	H -	F	3	
	I -	F	3	
	J -	F	3	
	K -	V	3	
QCM 7	A -	V	5	• La greffe change la vie du patient (souvent en bien mais pas toujours..) • Augmente qualité de vie et durée de vie • Baisse des couts (dialyse = hors de prix) • Mais augmente risque infectieux (cf immunosuppression) et nombre médicaments à prendre • Augmentation risque de cancer (immunosuppression) notamment **cutané**
	B -	V	5	
	C -	V	5	
	D -	F	5	
	E -	F	5	
	F -	F	5	
QCM 8	A -	V	10	• A J3 post greffe (chirurgie lourde) et immunosuppression • Fièvre et désaturation • Evoquer Pneumopathie infectieuse car patient inbubé • Toujours évoquer rejet car peut donner tout les tableaux • Embolie pulmonaire = reflexe absolu (même si héparine à dose isocoagulante..) • Cinétique (trop tot) et hypoxémie non en faveur d'une infection du site opératoire
	B -	V	10	
	C -	F	0	
	D -	F	0	
	E -	F	0	
	F -	V	10	
	G -	F	0	
QCM 10	A -	F	3	• Hopital a l'obligation de fournir le dossier aux ayant droit si pas de refus du patient • Délai de réflexion minimal = 48h, max = 8 jours si dossier < 5 ans (2 mois sinon) • Présence médicale fortement conseillée mais non obligatoire
	B -	F	3	
	C -	F	4	
	D -	V	4	
	E -	V	4	
	F -	V	4	
	G -	V	4	
	H -	V	4	
			240	**Total QCM**

	Réponses	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QROC 1	• Transplantation • Rénale	15 15	• A proposer à chaque fois que possible (cf contre-indication greffe) • Si insuffisance rénale terminale • Change la vie des insuffisant rénaux!!!
QROC 9	• Comité (de) • Lutte (contre) • (les) Infections • Nosocomiales	7,5 7,5 7,5 7,5	• "CLIN" seul non accepté ! • Toute infection nosocomiale doit être notifiée au CLIN • Missions = lutte contre IN / prévention / maitriser résistances
		60	**Total QROC**



UE & ITEMS ABORDES

TYPE	ITEMS		INTITULES
	UE	NUMERO	
Question principale	8	197	Transplantation d'organes
Questions accessoires	1	9	Certificats médicaux et législation du don d'organe
	1	4	Gestion des risques et événements indésirables associés aux soins



LE + : POUR MIEUX ASSIMILER

FICHE DE SYNTHESE
(POINTS CLES UE POUR MIEUX REPONDRE AUX DOSSIERS CLINIQUES PROGRESSIFS)

- La transplantation est un sujet d'actualité, très à la mode
- On peut facilement greffer une ou deux question de transplantation dans un dossier
- La partie médico-légale comme médicale est à bien connaitre (voire plus pour l'ECN!)

Diagnostic mort encéphalique : A savoir par coeur !

- Critères cliniques : simultanéments présents !!
  - Absence totale de conscience et d'activité motrice spontanée
  - Abolition de tous les réflexes du tronc cérébral
    - × réflexe photo moteur : absence de réactivité aux stimulations lumineuses
    - × réflexe oculo-vestibulaire
    - × oculo-céphalogyre
    - × réflexe cornéen
    - × réflexe oculo-cardiaque
  - Absence totale de ventilation spontanée avec épreuve hypercapnie
- Critère paraclinique :
  - Électroencéphalogramme :
    - × « Soit deux EEG nuls et aréactifs effectués avec un intervalle minimum de 4 heures, réalisés avec amplification maximale sur une durée d'enregistrement de 30 minutes et dont le résultat doit être immédiatement consigné par le médecin qui en fait l'interprétation ».
  - Artériographie cérébrale :
    - × « Soit un angioscanner objectivant la preuve de l'arrêt de la circulation encéphalique et dont le résultat doit être immédiatement consigné par le radiologue qui en fait l'interprétation ».
- Conditions du diagnostic :
  - Stabilité hémodynamique
  - Température supérieure à 35°C
  - Absence de troubles métaboliques
  - Absence d'effets dépresseurs par médicaments ou par toxiques
  - Absence de myorelaxants
- Certificat de mort encéphalique à rédiger par 2 médecins non liés à une activité de greffe (conflit d'intérêts)

UE dossier clinique progressif N° 25

Un trou dans l'oeil

1 Enoncé

Vous recevez Mlle Elodie B., 24 ans en consultation. Elle se plaint depuis la veille d'une baisse de la vision de l'oeil gauche. Cette jeune femme n'a aucun antécédent et ne retrouve pas de facteur déclenchant à cet épisode. Elle ne fume pas, ne boit pas et ne prend aucun médicament.
Elle s'est rendu compte au reveil qu'elle avait un "trou noir" au milieu du champs visuel de son oeil gauche. Elle rapporte également des douleurs rétro-oculaires majorées par la mobilisation oculaire.
Votre examen neurologique est sans particularité à part une anomalie du réflexe photomoteur. En effet, lors de l'éclairage de l'oeil gauche, il n'y a ni réflexe photomoteur direct ni consensuel; à l'éclairage de l'oeil droit, les réflexes photomoteurs directs et consensuels sont retrouvés. Au repos les pupilles sont symétriques et de taille normales.
L'oeil est blanc et le fond d'oeil est normal.

QROC 1	**Comment s'appelle le signe clinique décrit dans l'énoncé ?** **Texte libre (2 à 4 mots)**

QCM 2	**Vous évoquez en priorité une névrite optique rétro-bulbaire devant cette symptomatologie associée à un signe de Marcus-Gunn.** **Quels sont les 3 examens à réaliser pour confirmer ce diagnostic et quels signes y retrouve-t'on?** **(Jusqu'à 6 réponses)**

A - Etude du champs visuel
B - Lampe à fente
C - Etude de la vision des couleurs
D - Potentiels évoqués visuels
E - Scotome central
F - Déficit visuel périphérique
G - Anomalie du segment antérieur de l'oeil
H - Dyschromatopsie d'axe rouge-vert
I - Dyschromatopsie d'axe bleu-jaune
J - Allongement des latences des potentiels évoqués visuels
K - Raccourcissement des latences des potentiels évoqués visuels

QCM 3	**La patiente vous raconte qu'elle a l'impression que ses troubles s'aggravent après un bain chaud ou lorsqu'elle a de la fièvre.** **Quelles sont les réponses exactes concernant ce phénomène ?** **(Jusqu'à 4 réponses)**

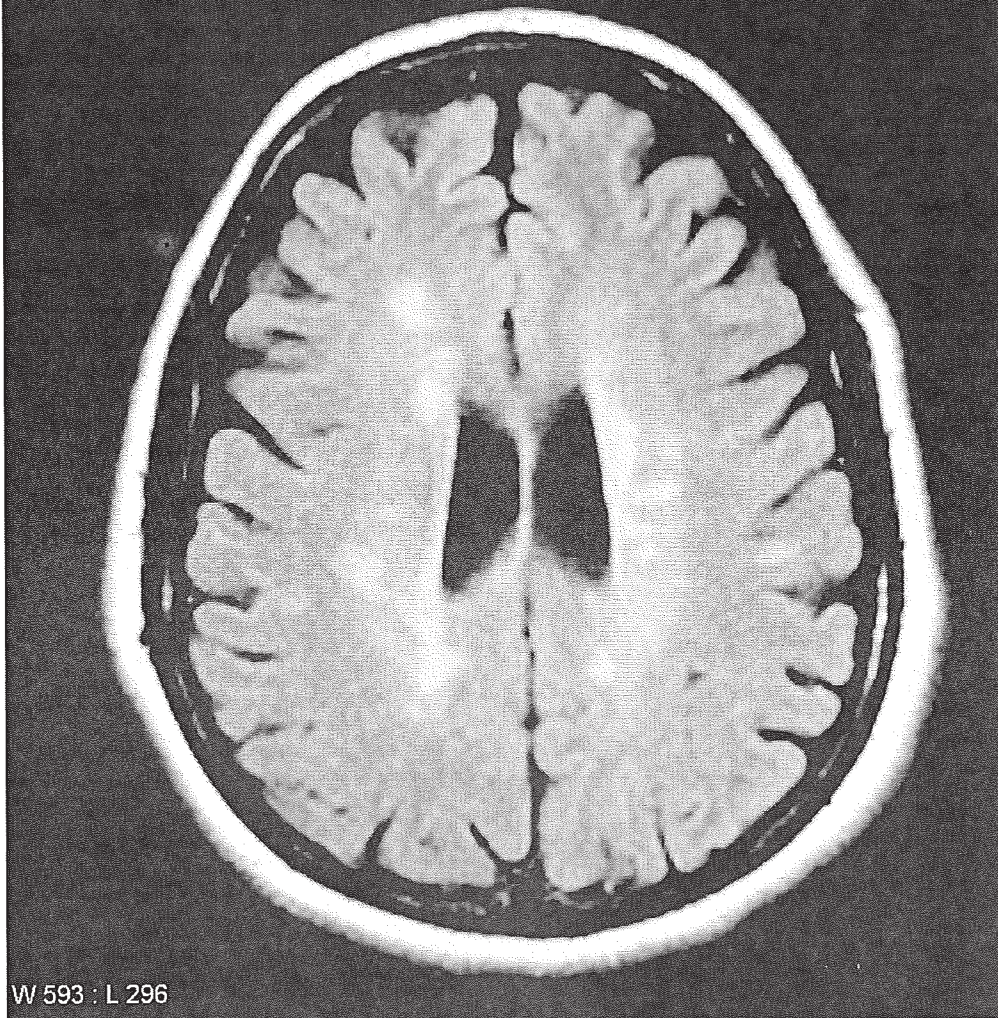
A - Phénomène de Raynaud
B - Phénomène de Koebner
C - Phénomène d'Uhthoff
D - Phénomène de Lhermitte
E - Traduit une nouvelle poussée de SEP
F - Traduit la thermolabilité des axones démyélinisé
G - Traduit une vasodilatation excessive dans le territoire réchauffé
H - Il est généralement régressif à distance de la poussé
I - Il convient de rassurer la patiente : phénomène bénin
J - C'est un facteur de mauvais pronostic de la maladie

QROC 4	**Vos examens confirment la NORB.** **En reprenant l'interrogatoire la patiente rapporte en fait un épisode de déficit musculaire du bras gauche il y a 3 an (régréssif en 8 jours) ainsi qu'un épisode de fourmillement du bras droit ayant duré 15 jours il y a 6 mois. Les 2 épisodes ayant récupéré ad integrum.** **Quel diagnostic étiologique suspectez-vous en priorité dans ce cas-là ?** **Texte libre (2 à 4 mots)**

QCM 5	**Vous suspectez en priorité une sclérose en plaque de type récurrente rémittente.** **Quels examens proposez-vous à la patiente pour apporter des arguments positifs pour ce diagnostic ?** **(Jusqu'à 5 réponses)**
A -	Electroneuromyogramme
B -	Ponction lombaire
C -	Electro-encéphalogramme
D -	IRM cérébral
E -	IRM médullaire
F -	CRP
G -	Anticorps anti-nucléaires
H -	TSH
I -	Scanner cérébral
J -	Scanner médullaire

QCM 6	**Quelles sont les réponses exactes concernant la ponction lombaire dans le sclérose en plaque ?** **(Jusqu'à 8 réponses)**
A -	Elimine le diagnostic si normale
B -	Indispensable au diagnostic
C -	Retrouve une pléiocytose lymphocytaire modérée (5 à 50 cellules/mm3)
D -	Hyperprotéinorrachie modérée (< 1g/L)
E -	Hypoglycorrachie marquée
F -	Electrophorèse protéique retrouve des bandes d'immunoglobulines de profil oligoclonal
G -	Synthèse intra-thécale d'immunoglobulines (rapport Ig intrathécale/ Ig serique > 0,7)
H -	Augmentation importante de la pression d'ouverture

QCM 7	**Quelles sont les réponses exactes concernant l'IRM dans le sclérose en plaque ?** **(Jusqu'à 9 réponses)**
A -	Atteinte de la substance grise
B -	Atteinte de la substance blanche
C -	Atteinte médullaire possible
D -	Avant l'injection : Hypersignal T1
E -	Avant l'injection : Hypersignal T2
F -	Prédominance des lésions dans zones périventriculaires
G -	Présence d'effet de masse
H -	Lésions avec nécrose centrale
I -	Permet de diagnostiquer la dissémination spatiale
J -	Permet de diagnostiquer la dissémination temporelle
K -	Une IRM typique associée à une clinique compatible permet de poser à elle seule le diagnostic



QCM 8	**La poussée actuelle est très mal vécue par la patiente qui ne peut plus conduire ou travailler. Quel traitement proposez-vous dans l'immédiat à la patiente ? (Jusqu'à 8 réponses)**
A -	Hospitalisation initiale
B -	Corticothérapie intraveineuse par "bolus"
C -	Après bilan pré-thérapeutique (ionogramme, ECG, ECBU, béta-HCG ..)
D -	1g 3x/jour pendant 3 jours
E -	1g/jour pendant 3 jours
F -	Relais par corticothérapie orale pendant 1 mois
G -	Rééducation orthoptique
H -	Mesures associées aux corticoïdes
I -	Biphosphonates
J -	Il permet d'accélérer la récupération de la poussée
K -	Il permet de prévenir l'apparition d'une nouvelle poussée

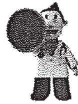
QCM 9	**La patiente est traitée de façon adéquat pour sa poussée. Quelles sont les réponses exactes concernant un traitement de fond dans la SEP ? (Jusqu'à 6 réponses)**
A -	Il est indiqué pour toute sclérose en plaque
B -	Il est indiqué seulement si plus de 3 poussées / an
C -	Il permet de réduire la fréquence des poussées
D -	Il permet de prévenir totalement le handicap lié à la maladie
E -	On propose un traitement immunomodulateur (interféron béta ou acétate de glatiramer) en 1ère intention
F -	On propose un traitement immunosuppresseur (Natalizumab, fingolimod) en 1ère intention
G -	Il faut traiter et prévenir les facteurs déclenchants de poussée (infection urinaires ..)
H -	Mise en affection longue durée
I -	Prise en charge psychologique indispensable

QCM 10	La patiente envisage une grossesse et est préoccupée quant au risque en rapport avec sa maladie de fond. Quelles sont les réponses exactes ? (Jusqu'à 8 réponses)

A - Une grossesse est possible
B - Augmentation du risque obstétrical (fausse couche, éclampsie ...)
C - Accouchement par voie basse possible
D - Nécéssité de programmer la grossesse avec suivi pluridisciplinaire
E - Les traitements de fond doivent être continués pendant la grossesse
F - Baisse du risque de poussée pendant la grossesse
G - Augmentation du risque de poussée dans le post-partum
H - Pas d'augmentation du handicap au décours de la grossesse par rapport aux non-parturientes
I - Fort risque pour son enfant de développer une sclérose en plaque

QROC	Visualisez la vidéo numéro 3 Quel est ce signe clinique ? Dans quel syndrome clinique rentre-t'il ? (2+1 mots)

2 Corrigé



LE + : PREMIERE LECTURE, CONSEILS ET ASTUCES

- **Appréciation globale et difficulté du dossier clinique progressif :**
  - Dossier de SEP classique, tombé déja 3 fois à l'ECN !
  - Difficulté : 1/3
  - A classer en 1ère position parmi les 3 dossiers de l'épreuve
- **Zéros et mots clés à inscrire sur le brouillon :**
  - Maladie chronique = soutien psy
  - Femme jeune = béta-HCG
  - Connaitre sémiologie radiologique
- **Astuces, réflexes et pièges QCM / QROC :**
  - Ne pas confondre diagnostic positif et diagnostic différentiel
  - Grossesse et maladie chronique = à la mode !



GRILLE DE CORRECTION & COMMENTAIRES

		V F	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QCM 2	A -	V	4	• Dans NORB : - Scotome central (SEP) ou caeco-central (alcool) - Dyschromatopsie d'axe rouge-vert (≠ maculopathie aux antipaludéen = jaune-bleu) - Démyélinisation du nerfs optique donc augmentation latence des potentiels visuels - Oeil blanc, chambre antérieure calme, FO normal sauf paleur papillaire - Typiquement : "Le patient ne voit rien , le médecin non plus !!"
	B -	F	2	
	C -	V	4	
	D -	V	4	
	E -	V	4	
	F -	F	1	
	G -	F	1	
	H -	V	4	
	I -	F	1	
	J -	V	4	
	K -	F	1	
QCM 3	A -	F	3	• SEP = maladie démyélinisante - Myéline = gaine lipidique d'isolation permetant un meilleur passage de l'influx nerveux - Lors démyélinisation = mauvaise conduction nerveuse - Phénomène aggravé par température élevée (=décompensation) - Aggravation ou rechute lors d'une hyperthermie - Phénomène bénin, rassurer le patient, éviter hyperthermie - (bains chaud, saunas ...) • Lhermite = décharge électrique à la flexion nuque (=lésion médullaire cervicale) • Koebner = poussée d'une dermatose après traumatisme cutané (psoriasis)
	B -	F	3	
	C -	V	3	
	D -	F	3	
	E -	F	3	
	F -	V	3	
	G -	F	3	
	H -	V	3	
	I -	V	3	
	J -	F	3	

QCM 5	A -	F	3	• SEP = maladie démyélinisante du système nerveux CENTRAL - IRM cérébral ET médullaire = meilleurs examens - Ponction lombaire montre des signes indirects, non obligatoire - ENMG = étude du système nerveux périphérique = aucun interet - EEG = non spécifique - Scanner : aucun interêt dans l'étude de la moelle • Autres examens = participent à éliminer les Diag différentiels
	B -	V	3	
	C -	F	3	
	D -	V	3	
	E -	V	3	
	F -	F	3	
	G -	F	3	
	H -	F	3	
	I -	F	3	
	J -	F	3	
QCM 6	A -	F	2	• La PL montre des signes non spécifiques mais peut aider à poser le diagnostic • Non indispensable ET peut être normal !! - Pléiocytose modérée lymphocytaire : si > 50 évoquer infection - Normoglycorrachie : sinon évoquer infection - Hyperprotéinorrachie modérée - Synthèse d'Ig oligoclonale dans le LCR - Défini par ratio Ig(LCR) / Ig(serum) > 0,7 - Pression ouverture normale ≠ Hydrocéphalie
	B -	F	2	
	C -	V	5	
	D -	V	5	
	E -	F	3	
	F -	V	5	
	G -	V	5	
	H -	F	3	
QCM 7	A -	F	2	• Imagerie à bien avoir en tête, exemple dans le cas clinique • Une IRM avec tout les critères peut poser le diagnostic à elle seule • Pour comprendre l'imagerie de la SEP: - Lésions inflammatoires donc hyperT2 (oedème) sans effet de masse - Démyélinisantes donc substance blanche exclusivement ! - Peut toucher TOUT le SNC donc moelle épinière aussi - Plusieurs lésions = dissémination spatiale - Dissémination temporelle : × Soit apparition de nouvelle lésion entre 2 IRM × Soit visualisation de lésions actives et anciennes × En aigu : perte barrière hémato-encéphalique = prise de contraste T1 gado × Ancienne : cicatrisation anormale de la SB : hyposignal persistant en T1 gado
	B -	V	3	
	C -	V	3	
	D -	F	2	
	E -	V	3	
	F -	V	3	
	G -	F	2	
	H -	F	3	
	I -	V	3	
	J -	V	3	
	K -	V	3	
QCM 8	A -	V	3	• Il s'agit d'une poussée de SEP invalidante = traitement de la poussée à proposer - SEUL interêt : Accélère la récupération neurologique - Modalité : Bolus de methylprednisolone IV 1g/j pendant 3j SANS RELAI oral - En hospitalisation après bilan (Béta-HCG ++) - Pas de biphosphonate dans cure courte de corticoïdes • Troubles visuels à prendre en charge (conduite automobile !!)
	B -	V	3	
	C -	V	3	
	D -	F	2	
	E -	V	3	
	F -	F	2	
	G -	V	3	
	H -	V	3	
	I -	F	2	
	J -	V	3	
	K -	F	3	
QCM 9	A -	F	3	• La prise en charge des maladies chronique est une question fréquente dans la vie courante (donc à l'ECN) • La prise en charge sociale (ALD) et psychologique est incontournable • Le traitement de fond : - Permet de diminuer la fréquence des poussée - Permet de retarder légèrement le handicap (2 à 4 ans selon collège) - 1ère intention = ttt immunomodulateur (interféron béta) - Indiqué pour : SEP de type RR avec >=2 poussées en 2 ans • Immunosuppresseurs indiqués si echec ou SEP grave • Risque de LEMP (leuco-encéphalopathie multiple progressive) sous natalizumab
	B -	F	3	
	C -	V	4	
	D -	F	3	
	E -	V	4	
	F -	F	3	
	G -	V	4	
	H -	V	3	
	I -	V	3	
QCM 10	A -	V	4	• Maladies chroniques et grossesse très à la mode, question frequente des patientes • SEP et grossesse en court : • Risque obstétrical : AUCUN • Risque maternel : mise au repos maladie mais risque poussée dans post-partum • Risque infantile : risque quasiment égal population général de faire SEP = RASSURER !! • Pas d'influence sur le handicap lié à la maladie à distance
	B -	F	3	
	C -	V	4	
	D -	V	4	
	E -	F	3	
	F -	V	3	
	G -	V	3	
	H -	V	3	
	I -	F	3	
			240	**Total QCM**

	Réponses	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QROC 1	• Marcus • Gunn	15 15	• Il s'agit d'un déficit sensitif : l'oeil malade ne voit pas la lumiere • Donc pas de reflexe direct ou consensuel de ce coté • L'oeil sain la voit : reflexe direct et consensuel présent
QROC 4	• Sclérose (en) • Plaques • Récurrente • Rémitente • •	10 10 5 5	• NORB chez une femme jeune avec signe Marcus-Gunn + Uhthoff + antécedent de poussée • Penser à une SEP en premier ! • Ne pas oublier "Récurrente rémitente" !!
QROC 5	- Trépidation - Epileptoïde - (Sd) pyramidal	10 10 10	• Il s'agit d'une trépidation épileptoïde • Signe d'atteinte pyramidal à savoir chercher • Chez ce patient il n'y avait pas de signe de Babinski (pas de mouvement)
		90	**Total QROC**



UE & ITEMS ABORDES

TYPE	ITEMS		INTITULES
	UE	NUMERO	
Question principale	4	102	Sclérose en plaque
Questions accessoires	4	79	Altération de la fonction visuelle



LE + : POUR MIEUX ASSIMILER

FICHE DE SYNTHESE
(POINTS CLES UE POUR MIEUX REPONDRE AUX DOSSIERS CLINIQUES PROGRESSIFS)

- Un questionnaire pour suivre un patient avec une SEP :
  - Questionnaire EDSS
- 3 types de SEP :
  - Récurrente rémittente : majorité des cas
  - Secondairement progressive : fait suite à une SEP RR
  - Primairement progresse : le plus grave

FICHE CONSENSUS
(CONFERENCES DE CONSENSUS et RECOMMANDATIONS)

ANAES 2001	**Conférence de consensus sur diagnostic et prise en charge SEP**

Diagnostic :

- Arguments cliniques:
  - Age de début (20 à 40 ans, moyenne 30 ans) et prépondérance féminine (sex-ratio 1,7/1).
  - Formes avec poussées :
    - Les plus fréquentes.
    - La poussée est définie par l'apparition, la réapparition, ou l'aggravation, en l'absence d'hyperthermie, de symptômes et de signes neurologiques, durant au moins 24 heures, avec régression totale ou partielle.
    - Pour être distinctes, deux poussées doivent débuter à plus de 30 jours d'intervalle.
    - 30 à 55 % sont d'emblée multifocales (diffusion spatiale).
    - En cas de début monofocal, les arguments diagnostiques sont :
    - - antécédents régressifs (diffusion temporelle) ;
    - - signes cliniques en faveur de lésions multiples (diffusion spatiale) ;
    - - neuropathie optique rétrobulbaire unilatérale et atteinte médullaire, particulièrement évocatrices.
- Arguments paracliniques :
  - IRM :
    - C'est l'examen le plus sensible (> 90 % pour l'IRM cérébrale, toutes formes de SEP confondues), mais il est non spécifique. Il doit être réalisé sur une machine d'au moins 1 Tesla et comporter au minimum les séquences suivantes : T1, FLAIR, T2 double écho, T1 réalisée 5 minutes après injection d'une simple dose de gadolinium.
    - Critères de Mc Donalds (à titre informatif) :
      - Diffusion dans l'espace :

        ≥ 1 lésion T2 dans 2 des 4 régions suivantes :

        - périventriculaire

        - juxtacorticale

        - sous-tentorielle

        - médullaire
      - Diffusion dans le temps

        - Présence d'une nouvelle lésion T2 et/ou d'une nouvelle lésion prenant le gadolinium, quel que soit le délai entre les deux clichés IRM

        - OU présence simultanée de lésions asymptomatiques dont certaines sont rehaussées par le gadolinium et d'autres non
  - Ponction Lombaire :
    - Elle n'est plus obligatoire lorsque la dissémination temporelle et spatiale est démontrée.
    - Elle peut être normale
    - Elle permet la recherche de trois paramètres :
    - Bandes oligoclonales d'IgG (le plus important mais aspécifique) ;
    - Augmentation de l'index d'IgG (rapport des quotients IgG LCR/sérum sur albumine
      - LCR/sérum > 0,7 qui témoigne de la synthèse intrathécale d'IgG ;
    - Réaction lymphocytaire (comprise entre 5 et 50/mm3)

UE dossier clinique progressif N° 26

Lucas est quand même un peu gonflé

1 Enoncé

Vous accueillez dans votre service M. Lucas H. 63 ans pour un bilan d'oedèmes des membres inférieurs, jugés très génant chez cet ancien peintre en batiment, à la retraite depuis quelques mois.
Il n'a pas d'antécédent particulier, il n'a en même temps pas été souvent chez le docteur. Il pèse 73kg pour 1m75 (poids normal : 70kg).
Il s'agit d'oedèmes symétriques prenant le godet, prédominants aux membres inférieur en fin de journée, remontant jusqu'au genou. Il vous raconte que le matin il n'a pas d'eau dans les jambes mais a d'importantes poches sous les yeux et de grosses paupières, même après une nuit complète.

QCM 1	**Quels sont les 3 mécanismes physiopathologiques les plus fréquents des oedèmes ? (Jusqu'à 3 réponses)**

A - Augmentation de la perméabilité vasculaire
B - Diminution de la pression hydrostatique
C - Augmentation de la pression hydrostatique
D - Diminution de la pression oncotique
E - Augmentation de la pression oncotique
F - Diminution du retour lymphatique
G - Hyperglycémie

QCM 2	**Quels sont les 4 principales questions, signes cliniques ou examens simples qui vous feront avancer sur la compréhension physiopathologique de ces oedèmes ? (Jusqu'à 4 réponses)**

A - Recherche de prise de médicament
B - Recherche de signes de phlébite
C - Réalisation d'une bandelette urinaire
D - Réalisation d'une glycémie capillaire
E - Réalisation d'un fond d'oeil
F - Recherche de signes d'hépatopathie
G - Recherche d'adénopathies
H - Radiographie pulmonaire

QROC 3	**Le patient ne prend aucun médicament. Il ne boit pas d'alcool, il n'y a pas de signe d'insuffisance hépato-cellulaire et il n'existe pas d'organomégalie. La pression artérielle est à 121/88mmHg, le poul à 90/min, la saturation à 98% en air ambiant. La radiographie du thorax montre un coeur de taille normal ainsi qu'un épanchement pleural bilatéral prédominant à droite. La bandelette urinaire retrouve : 4 croix de protéines, absence de glucose, de sang, de nitrite et de leucocytes. La biologie met en évidence : NFS : Hb = 17g/dL; Leucocytes = 6G/L sans anomalie de la formule; plaquettes = 220G/L Iono : Na+ = 144mM; K+ = 3,6mM; Chlore = 99mM; HCO3- = 28mM; créatinine = 220µM; urée = 30mM; Calcémie = 1,82 mM; Albumine plasmatique = 19 g/L; Le bilan lipidique montre : Cholestérol total = 3g/L; HDL = 0,4g/L; Triglycéride = 1,5g/L Urines des 24h : Volume = 1L; Na+ = 15mM; K+ = 30mM; Protéine = 4g/L; créatinine = 11mmol/L Hémostase : normale Quel est votre diagnostic rénal syndromique ? Texte libre (1 à 3 mots)**

QCM 4	**Il s'agit d'un syndrome néphrotique pur compliqué d'insuffisance rénale fonctionelle. Citez les 3 causes les plus probables de pleurésie dans un syndrome néphrotique (sans rapport avec l'étiologie du syndrome néphrotique) ? (Jusqu'à 3 réponses)**

A - Insuffisance cardiaque
B - Anarsarque
C - Cancer broncho-pulmonaire
D - Pleuro-pneumopathie infectieuse
E - Tuberculose pulmonaire
F - Pancréatite aigue
G - Embolie pulmonaire
H - Chylothorax
I - Hémorragie (hémothorax)

QCM 5	**Quels examens réalisez-vous pour avancer dans le diagnostic ? (Jusqu'à 9 réponses)**

A - Glycémie à jeun
B - Electrophorèse des protéines plasmatiques
C - Electrophorèse des protéines urinaires
D - Echographie rénale
E - Anticorps anti-nucléaires
F - Sérologie VIH (avec accord du patient), VHB, VHC
G - Ponction biopsie rénale en l'absence d'étiologie évidente
H - Bilan pré-transfusionnel
I - Hémostase complète

QCM 6	**La glycémie à jeun est normale. L'électrophorèse des protéines plasmatiques ne montre pas de protéine monoclonale. L'électrophorèse des protéines urinaires montre une protéinurie sélective d'albumine. L'échographie montre des reins de taille normale, sans dilatation des cavités pyélo-calicielle. Les sérologies sont négatives. Les anticorps anti-nucléaires sont positifs à 1/80 sans spécificités. Une ponction biopsie rénale est réalisée à droite. Le lendemain vers 16h vous retrouvez le patient en fond de son lit, livide. La tension est à 78/56mmHg, sa dernière miction la veille au soir était teintée de rouge avec la présence de quelques caillots. Quels sont les réponses exactes concernant le tableau et la conduite à tenir? (Jusqu'à 12 réponses)**

A - Probable choc hémorragique par hématome péri-rénal
B - Probable choc septique par abcès rénal
C - Il s'agit d'une urgence thérapeutique
D - Commande de culots globulaires en urgence
E - Traitement de première intention : néphrectomie d'hémostase
F - Traitement de première intention : conservateur avec perfusion d'antifibrinolytiques seule
G - Traitement de première intention : embolisation en radiologie interventionnelle
H - Traitement de première intention : Drainage percutané d'un abcès rénal
I - Appel du réanimateur
J - Remplissage vasculaire en urgence
K - Sondage urinaire simple
L - Sondage urinaire par sonde à double courant

QROC 7	**L'évolution est favorable après radioembolisation, remplissage et transfusion de 4 culots, sondage à double courant et un séjour de 5 jours en réanimation. Vous recevez les résultats de l'anapath : Parenchyme rénale avec présence de 8 glomérules sans pain à cacheté. Microscopie optique : Absence de prolifération cellulaire visible. Membrane basale glomérulaire épaissie et spiculée. Immunofluorescence : Présence diffuse de dépots extra-membraneux composés d'IgG et de C3. Quel est votre diagnostic histologique ? Texte libre (2 à 3 mots)**

QCM 8	Vous concluez à une glomérulonéphrite extra-membraneuse. Quelles sont les propositions exactes concernant cette néphropathie ? (Jusqu'à 7 réponses)

A - Elle est primivite dans la majorité des cas
B - Elle est secondaire dans la majorité des cas
C - Il convient de rechercher un cancer solide
D - Il convient de rechercher des prises médicamenteuses
E - Il convient de rechercher une maladie inflammatoire (Sarcoïdose, lupus ..)
F - Il convient de rechercher une sténose des artères rénales
G - Il convient de rechercher une infection chronique
H - Il convient de rechercher des anticorps anti-PLA2-R

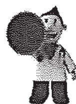
QCM 9	Il s'agit en fait d'une glomérulonéphrite extramembraneuse compliquant un cancer colo-rectal. Quels traitements envisagez-vous pour ce patient ? (Jusqu'à 10 réponses)

A - Contre-indication des AINS
B - Restriction sodée après traitement de l'insuffisance rénale fonctionnelle
C - Traitement par statine à faibles doses initiales
D - Traitement par statines à fortes doses initiales
E - Traitement anticoagulant à doses hypocoagulantes
F - Traitement adapté du cancer
G - Traitement néphroprotecteur par IEC ou ARA2
H - Traitement diurétique par furosémide
I - Perfusion hebdomadaire d'albumine
J - Traitement immunosuppresseur
K - Vaccination anti-pneumocoque

QCM 10	Le patient vous informe que son père est lui même décédé d'un cancer colo-rectal, sa mère d'un cancer de l'endomètre et son frère est actuellement traité pour un cancer de la vessie. Vous suspectez dans cette famille une prédisposition génétique au cancer : quelles sont les réponses exactes ? (Jusqu'à 5 réponses)

A - Vous suspectez un Syndrome de Lynch
B - Vous suspectez une polypose adénomateuse familiale
C - Il s'agit d'une mutation des gènes du système MMR (mismatch repair : MLH1, MSH 2 et 6)
D - Il s'agit d'une mutation du gène suppresseur de tumeur P53
E - Il faut rechercher la mutation dans la tumeur du patient
F - Il faut rechercher la mutation dans les cellules mononucléées sanguines circulantes
G - Sa confirmation devrait faire réaliser une enquête familiale

2 Corrigé



LE + : PREMIERE LECTURE, CONSEILS ET ASTUCES

- **Appréciation globale et difficulté du dossier clinique progressif :**
  - Dossier difficile de néphro nécéssitant de bien comprendre la physiopathologie et son cours pour répondre
  - Difficulté : 3/3
  - A classer en 3ème position parmi les 3 dossiers de l'épreuve
- **Zéros et mots clés à inscrire sur le brouillon :**
  - Néphropathie chronique avec protéinurie = IEC
  - Insuffisance rénale = échographie rénale
  - Phénomène aigu grave = appeller la réa !
- **Astuces, réflexes et pièges QCM / QROC :**
  - Répondre par élimination
  - Quand on ne sait pas : répondre le plus logique



GRILLE DE CORRECTION & COMMENTAIRES

		V F	Cota Tion	Commentaires, conseils et coaching
QCM 1	A -	V	10	• Les oedèmes ont tous un de ces mécanisme physiopathologique : - ↗ perméabilité vasculaire (inhib calcique++; inflammation locale; anaphylaxie ..) - ↗ pression hydrostatique (rétention hydro-sodée; gène au retour veineux) - ↘ pression oncotique (insuffisance hépatique; Sd néphrotique ...) • Plus rarement : lymphoedème par diminution drainage lymphatique mais il s'agit d'un oedème qui ne prend pas godet
	B -	F	0	
	C -	V	10	
	D -	V	10	
	E -	F	0	
	F -	F	0	
	G -	F	0	
QCM 2	A -	V	7,5	• Question difficile : on cherche argument pour un des 3 mécanismes : • Inhibiteur calcique = cause TRES fréquente d'OMI (↗ perméabilité vasculaire) • Phlébite = oedème UNILATERAL donc peu probable ici • Hyperglycémie non responsable d'oedème (en tout cas pas directement) • Adénopathie : compression locale (unilatéral) ou infection (unilatéral) • Bandelette urinaire : recherche d'une protéinurie (↘ pression oncotique) • Fond d'oeil : pas d'interêt immédiat • Signe d'hépatopathie : baisse de production d'albumine (↘ pression oncotique) • RX du thorax : Signe de rétention hydro-sodée (OAP) et de cardiopathie (↗ pression hydrostatique); pleurésie sur anasarque; gène retour veineux par péricardite constrictive
	B -	F	0	
	C -	V	7,5	
	D -	F	0	
	E -	F	0	
	F -	V	7,5	
	G -	F	0	
	H -	V	7,5	
QCM 4	A -	F	0	• Question difficile: nécéssité de bien connaitre les complications du Sd néphrotique × Hypercoagulabilité (perte urinaire antithrombine III) : risque majoré EP × Deficit immunitaire (perte Ig et complément) : risque majoré pleuro-pneumopathie × Hypoprotéinémie (perte albumine) : oedèmes généralisés dont pleurésie • Les autres items sont des causes de pleurésie mais non favorisé par Sd néphrotique • A noter qu'un cancer broncho-pulmonaire peut causer un Sd néphrotique
	B -	V	10	
	C -	F	0	
	D -	V	10	
	E -	F	0	
	F -	F	0	
	G -	V	10	
	H -	F	0	
	I -	F	0	

QCM 5	A -	V	3	• Echographie rénale devant toute insuffisance rénale : éliminer cause obstructive + repérage pré-PBR • Glycémie à faire car diabète = première cause de syndrome néphrotique chez l'adulte • La PBR et le bilan pré-PBR (dont pré-transfusionnel) toujours réalisé sauf si cause évidente retrouvée (diabète sans argument pour autre étiologie) • EPP et EPU : recherche myélome
	B -	V	4	
	C -	V	4	
	D -	V	4	
	E -	V	3	
	F -	V	3	
	G -	V	3	
	H -	V	3	
	I -	V	3	
QCM 6	A -	V	3	• Hématome péri-rénal = complication classique et grave de la PBR • Pas choc septique car : × Trop tôt pour une infection si avancée (sauf si on crache sur la pince à biopsie.. ou perforation intestinale) × Pour dire choc septique il faut une hypotension persistante à une epreuve de remplissage • Traitement symptomatique d'une hémorragie à connaitre • Le rein est un organe très vascularisé : × le ttt de 1ère intention est une embolisation en radio-interventionelle (sauve le rein) × Si echec : nephrectomie d'hémostase - Probable caillotage vésical car dernière miction 20h plus tôt avec caillots • Sonde à double courant permet de laver la vessie du sang
	B -	F	2	
	C -	V	3	
	D -	V	3	
	E -	F	2	
	F -	F	2	
	G -	V	2	
	H -	F	2	
	I -	V	3	
	J -	V	3	
	K -	F	2	
	L -	V	3	
QCM 8	A -	V	4	• Les GEM sont primitives dans 85% des cas • GEM primitives associé à présence Ac anti-PLA2-R • Chez patient agé > 50 ans il faut rechercher une cause secondaire !! • Cancer solide (surtout adénocarcinomes : colo-rectal, pulmonaires..) • Maladies auto-imunes (lupus ++) • Infections chroniques (virales : hépatites B et C) • Médicaments (Sels d'or, D-penicillamine)
	B -	F	3	
	C -	V	4	
	D -	V	4	
	E -	V	4	
	F -	F	3	
	G -	V	4	
	H -	V	4	
QCM 9	A -	V	3	• Traitement étiologique = du cancer • Traitement symptomatique : × Des oedèmes : restriction sodée, diurétiques × De la protéinurie : IEC, néphroprotection • Traitement des complications : × Hypercoagulabilité : anti-coagulant (normalement AVK mais pas ici car cancer : HBPM) × Hypercholestérolémie : régime + statines (doses faibles car liaison protéine plasmatique voir encadré) × Deficit immunitaire : vaccination pneumocoque • Pas d'albumine car sera perdu dans les urines ! • Pas d'immunosuppresseur car ferait flamber le cancer !!! (Zéro)
	B -	V	3	
	C -	V	3	
	D -	F	2	
	E -	V	3	
	F -	V	3	
	G -	V	3	
	H -	V	3	
	I -	F	2	
	J -	F	2 **MZ**	
	K -	V	3	
QCM 10	A -	V	5	• On suspecte Sd de Lynch (ou HNPCC) • Car > 2 cancers du spectre dans entourage du 1er dégré • Déficit des gènes de réparation de l'ADN • Mutation présente dans la tumeur ne confirme pas le diagnostic (mutation de la cellule cancereuse seule ?) • Confirmer que la mutation est présente dans toutes les cellules (sang périphérique) • Si confirmé : enquête familiale (avec accord patient, initée par patient (secret médical))
	B -	F	4	
	C -	V	4	
	D -	F	4	
	E -	V	5	
	F -	V	4	
	G -	V	4	
			240	**Total QCM**

	Réponses	Cota tion	Commentaires, conseils et coaching
QROC 3	• Syndrome • Néphrotique • Pur	5 15 10	• SN : Albuminurie > 3g/24h; albumine > 30g/L • Pure : pas HTA / pas hématurie / Pas insuf rénale organique • Insuf rénale fonctionnelle : • oligurie, PA pincée, tendance tachycardie • alcalose de contraction + tendance hypokaliémie (hyperaldostéronisme) • Na/K(u) < 1; Urée/créat(p) > 100 ...
QROC 7	• Glomérulonéphrite • Extra-membraneuse	15 15	• Une des cause les plus fréquente de SN chez adulte • A savoir évoquer à partir CR anapath
		60	**Total QROC**



UE & ITEMS ABORDES

TYPE	ITEMS		INTITULES
	UE	NUMERO	
Question principale	8	256	Protéinurie et syndrome néphrotique de l'adulte et l'enfant
Questions accessoires	8 8 9	254 258 298	Oedème des membres inférieurs localisés ou généralisés Néphropathie glomérulaire Tumeurs du colon et du rectum



LE + : POUR MIEUX ASSIMILER

FICHE DE SYNTHESE
(POINTS CLES UE POUR MIEUX REPONDRE AUX DOSSIERS CLINIQUES PROGRESSIFS)

Le syndrome néphrotique

- Définition :
  - Protéinurie > 3g/24h et albumine < 30g/L
  - Qualifié de "Pur" si :
    - Absende d'HTA
    - Absence d'hématurie
    - Absence d'insuffisance rénale ORGANIQUE (et pas fonctionnelle)
- Etiologies :
  - Dépendante du terrain ++
  - Chez l'enfant :
  - Lésion glomérulaire minime (LGM) : 80% des cas, excellent pronostic
  - Hyalinose segmentaire et focale (HSF) : 10% des cas
  - Prolifération mésangiale diffuse
  - Chez l'adulte :
    - Primitives (60% des cas) :
    - Glomérulonéphrite extramembraneuse (GEM)
    - Sd néphrotique idiopathique (LGM ou HSF)
    - Glimérulonéphrite membranoproliférative (rare)
      - Rarement : néphropathie à IgA
  - Secondaires :
    - Néphropathie diabétique (fréquent !!)
    - Amylose
    - Néphropathie lupique
    - GEM : cancer / médicament / infection / lupus
- Complications (à savoir++) :
  - Insuffisance rénale aigue : fonctionnelle (par deshydratation)
  - Insuffisance rénale chronique : selon étiologie, toxicité rénale de la protéinurie
  - Dénutrition : par perte de protéines
  - Hypercholestérolémie : souvent sévère
  - Infectieuses : déficit immunitaire par perte urinaire d'Ig et protéines du complément
  - Thrombo-embolique : perte urinaire de facteur anti-coagulant (anti-thrombine III) : ttt anticoagulant par héparine PUIS AVK systématique si albumine < 20g/L
  - Surdosage médicamenteux : augmentation fraction libre médicament si liaison importante aux protéines plasmatiques et augmentation risque interraction médicamenteuse (AVK, statines, AINS ...)

UE dossier clinique progressif N° 27

Tique et tac

1 Enoncé

Vous examinez en consultation M. Valérian J., 32 ans bucheron en Lorraine. Il consulte car ses proches lui ont fait remarqué que son visage était devenu asymétrique depuis quelques jours. D'habitude peu préoccupé par sa santé il a décidé de consulter car il a remarqué également qu'il a quelques troubles de la marche.

QCM 1	**Vous vous interessez d'abord à sa paralysie faciale. Quelles sont les caractéristiques permettant de distinguer une paralysie faciale périphérique d'une paralysie faciale centrale? (Jusqu'à 6 réponses)**

A - Signe de Cheyne-Stokes
B - Signe de Charles-Bell
C - Dissociation automatico-volontaire
D - Absence de dissciation automatico-volontaire
E - Atteinte du territoire inférieur et supérieur du visage
F - Signe des cils de Souques
G - Abolition du réflexe cornéen
H - Commissure labiale attirée du coté sain

QCM 2	**Il s'agit bien d'une paralysie faciale périphérique du coté droit. Quelles sont les 4 complications principales de la paralysie faciale ? (Jusqu'à 4 réponses)**

A - Kératite d'irritation
B - Anesthésie faciale
C - Persistance ou récidive de la paralysie
D - Syncinésie (dont syndrome de Frey)
E - Hémispasme facial post-paralytique
F - Paralysie linguale
G - Hypoaccousie
H - Trouble de la mastication

QROC 3	**Vous continuez votre examen neurologique. Le trouble de la marche dont se plaint le patient est en fait un steppage de la jambe gauche. Il y a un déficit des releveur du pied à gauche avec une force cotée à 2/5. Les reflexes ostéo-tendineux sont présents et le reflexe cutanée plantaire est en flexion des deux coté. L'examen lombaire et douloureux et un signe de Lasegue est retrouvé à gauche. La flexion de la nuque est douloureuse et difficile. Le rachis lombaire est douloureux à la mobilisation. Le patient est apyrétique. Quel est votre diagnostic syndromique clinique ? Texte libre (1 à 3 mots)**

QROC 4	**Votre suspicion première est une méningo-radiculite. Quelle est l'étiologie la plus probable dans ce contexte ? Texte libre (1 à 4 mots)**

QCM 5	**Vous suspectez une maladie de Lyme à la phase secondaire. Quels examens réalisez-vous ? (Jusqu'à 9 réponses)**

A - Biopsie neuro-musculaire
B - Sérologie sanguine de Lyme
C - Sérologie Lyme sur liquide céphalo-rachidien
D - Western-blot Borrelia sur liquide céphalo-rachidien
E - Sérologie VIH avec accord du patient
F - NFS et CRP
G - PCR Borrelia sang
H - PCR Borrelia LCR
I - Electrocardiogramme

QCM 6	**Votre diagnostic est confirmé ? Quels sont vos prescriptions pour le patient ? (Jusqu'à 9 réponses)**

A - Antibiothérapie par Ceftriaxone pendant 21 à 28 jours
B - Antibiothérapie par Amoxiciline pendant 14 jours
C - En cas d'allergie aux pénicilines : Doxycycline pendant 21 à 28 jours
D - Information du patient du risque de réaction d'Herxheimer
E - Occlusion oculaire
F - Corticothérapie
G - Education mesure de prévention morsure de tiques
H - Répulsif lors du travail en zone forrestière
I - Antibioprophylaxie au long cours
J - Retrait d'une tique le plus rapidement possible à l'aide d'éther

Désignation des maladies	Délai de prise en charge	Liste limitative des principaux travaux susceptibles de provoquer ces maladies
Les manifestations cliniques suivantes de Borreliose de Lyme : 1. Manifestation primaire : Erythème migrant de Lipschutz, avec ou sans signes généraux.	1 mois	Travaux suivants exposant à la bactérie infestant des hôtes vecteurs (tiques du genre ixodes) ou des hôtes réservoirs (vertébrés sauvages ou domestiques) et effectués sur toute zone présentant un couvert végétal tel que forêt, bois, bocage, steppe ou lande : - expertise agricole et foncière, arpentage et levé de plan ; - pose et entretien des lignes électriques, téléphoniques, des réseaux de gaz, d'eau d'assainissement ; - construction et entretien des voies de circulation. Travaux de soins aux animaux vertébrés. Travaux mettant au contact de l'agent pathogène ou de son vecteur dans les laboratoires de bactériologie et de parasitologie.
2. Manifestations secondaires Troubles neurologiques : méningite lymphocytaire, parfois isolée ou associée à : - douleurs radiculaires ; - troubles de la sensibilité ; - atteinte des nerfs périphériques et crâniens (syndrome de Garin-Bujadoux-Bannwarth). Troubles cardiaques : troubles de la conduction ; péricardite. Troubles articulaires : oligoarthrite régressive.	6 mois	

QCM 7	**Quelles sont les réponses exactes concernant ce patient ? (Jusqu'à 8 réponses)**

A - Il peut bénéficier d'une déclaration en maladie professionnelle
B - La reconnaissance est décidée par le comité régional de reconnaissance en maladie professionnelle
C - Pour bénéficier d'une reconnaissance en maladie professionnelle le patient doit être salarié
D - Il y a présomption d'imputabilité
E - La prise en charge des soins est à 100%
F - Délai de carence de 3 jours en cas d'arrêt de travail
G - Le patient est protégé contre le licenciement
H - Le patient peut bénéficier d'une rente ou d'une indemnité selon son taux d'incapacité permanente partielle

QCM 8	**Le patient est considéré comme guéri de sa maladie. Il revient quelques mois plus tard en consultation. Un peu géné, il vous avoue que depuis avoir fait la rencontre de Ghislaine, lors d'une soirée un peu trop arrosée au village, il souffre énormément lorsqu'il urine. Quel bilan lui prescrivez-vous ? (Jusqu'à 11 réponses)**

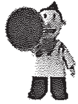
A - Aucun bilan nécéssaire, le diagnostic est clinique
B - Sérologie VIH avec accord du patient
C - Sérologie VHB et VHC
D - TPHA-VDRL
E - Sérologie Chlamydiae
F - Sérologie Gonocoque
G - PCR Chlamydiae sur 1er jet d'urine
H - Prélèvement urétral recherche Gonocoque
I - Sérologie Papillomavirus
J - Bilan identique chez Ghislaine
K - Refaire une sérologie VIH à 2 mois

QCM 9	Le laboratoire confirme d'une urétrite à Gonocoque. Les sérologies virales sont négatives. Quel est votre traitement ? (Jusqu'à 7 réponses)

A - Ceftriaxone 500mg intra-musculaire : dose unique
B - Amoxiciline 1gramme 3x/j pendant 10 jours
C - Si allergie béta-lactamine : rifampicine 400mg per os : dose unique
D - Si allergie béta-lactamines : spectinomycine 2g intra-musculaire : dose unique
E - Azithromycine 1 gramme per os : dose unique
F - Doxycycline 400 mg per os : dose unique
G - Traitement identique chez la partenaire
H - Port du préservatif jusqu'à guérison
I - Education sur les infections sexuellement transmissibles

QROC 10	Il revient 10 jours plus tard, après avoir pris ses antibiotiques et suivi vos prescriptions à la lettre. Depuis la dernière consultation son genou droit a doublé de volume et est devenu très douloureux de même que son dos et ses poignets. Il n'a pas de fièvre ou de signe cutanée. Il se plaint également d'avoir les yeux collés au reveil avec la présence de croutes. Quel diagnostic évoquez vous ? Texte libre (1 à 3 mots)

2 Corrigé



LE + : PREMIERE LECTURE, CONSEILS ET ASTUCES

- **Appréciation globale et difficulté du dossier clinique progressif :**
  - Dossier de maladie de Lyme avec question de maladie professionnelle
  - Difficulté : 1/3
  - A classer en 1ère position parmi les 3 dossiers de l'épreuve
- **Zéros et mots clés à inscrire sur le brouillon :**
  - Paralysie faciale : périphérique ou centrale ?
  - Paralysie faciale = protection oculaire !!
  - Ne pas oublier déclaration en MPI
- **Astuces, réflexes et pièges QCM / QROC :**
  - Analyse sémiologique à savoir faire
  - Ne pas sous-estimer l'importance de la santé publique aux ECN !! (cf ECN 2014)



GRILLE DE CORRECTION & COMMENTAIRES

		V F	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QCM 1	A -	F	3	• Distinction CLINIQUE (ne concordant parfois pas à l'anatomie) à connaitre • Pour comprendre : - Territoire supérieur : afférence bilatérale du cortex ≠ territoire inférieur - Si lésion centrale pas d'atteinte du territoire inférieur - Dissociation AV : mouvement du rire ou clignement à la menace préservé : présent si PF centrale car implique une autre région du cerveau (émotion) - On peut localiser la lésion du nerf facial selon clinique (voir encadré)
	B -	V	4	
	C -	F	4	
	D -	V	4	
	E -	V	4	
	F -	V	4	
	G -	V	4	
	H -	F	3	
QCM 2	A -	V	7,5	• Complication oculaire = fréquente et grave; à prévenir systématiquement ++ • Syncinésie = régénération anarchique du nerf • Sd de Frey : hypersudation lors des repas (fibre de la grande parotide innervent la peau et son stimulés lors repas)
	B -	F	0	
	C -	V	7,5	
	D -	V	7,5	
	E -	V	7,5	
	F -	F	0	
	G -	F	0	
	H -	F	0	
QCM 5	A -	F	3	• Diagnostic positif/étiologique : - Ponction lombaire : sérologie, Western Blot, PCR Borrelia +/- culture - Montre une synthèse intrathécale d'Ig - Sérologie sanguine - NFS et CRP : normal en général mais pour éliminer autre diagnostic • Diagnostic de gravité / complication : - ECG : recherche trouble de la conduction !
	B -	V	4	
	C -	V	4	
	D -	V	4	
	E -	V	3	
	F -	V	3	
	G -	F	3	
	H -	V	3	
	I -	V	3	

QCM 6	A -	V	3	• Maladie de Lyme en phase secondaire avec méningo-radiculite • Ceftriaxone 3 à 4 semaines en IV ou IM • 2ème intention = doxycyline 3 à 4 semaines • Amox seulement pour phase primaire • Réaction d'Herxheimer possible pour toute spirochetose (voir encadré) • Pas antibioprophylaxie dans Lyme • Ether ou alcool : fait régurgiter la tique : augmente risque d'infection
	B -	F	3	
	C -	V	3	
	D -	V	3	
	E -	V	3	
	F -	F	3	
	G -	V	3	
	H -	V	3	
	I -	F	3	
	J -	F	3	
QCM 7	A -	V	4	• Savoir lire les tableaux de MPI : - Délai de prise en charge = délai entre premier symptome et 1er contact médical • Si les critères sont présents : présomption d'imputabilité • Le CRRMP prend la décision seulement si critères incomplets • Pas de délai de carence si accident du travail ou MPI
	B -	F	3	
	C -	V	4	
	D -	V	4	
	E -	V	4	
	F -	F	3	
	G -	V	4	
	H -	V	4	
QCM 8	A -	F	2	• Bilan IST standard pour patient ET partenaire • Refaire sérologie VIH à 2mois (fenetre sérologique!!) • Pas d'interet sérologie Gonocoque / Chlamydiae / Papillomavirus
	B -	V	3	
	C -	V	3	
	D -	V	3	
	E -	F	2	
	F -	F	2	
	G -	V	3	
	H -	V	3	
	I -	F	3	
	J -	V	3	
	K -	V	3	
QCM 9	A -	V	4	• Traitement des IST à connaitre : traitement minute car : • Simplicité / efficacité / diminution des résistances et des coûts • Augmentation de l'observance • Toujours connaitre l'alternative aux béta-lactamines (allergie fréquente)
	B -	F	3	
	C -	F	3	
	D -	V	4	
	E -	V	4	
	F -	F	3	
	G -	V	3	
	H -	V	3	
	I -	V	3	
			210	Total QCM

	Réponses	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QROC 3	• Méningo- (OK si méningite) • Radiculite	15 15	• Analyser la sémiologie avec soin : - Présence d'un Sd méningé (raideur + céphalée) - Présence d'un déficit radiculaire L5 gauche - Paralysie faciale périphérique
QROC 4	• Maladie (ou Borréliose) • (de) Lyme • OU Neuroborreliose	10 20 (30)	• A évoquer en priorité devant : - Méningo-radiculite et paralysie faciale - Chez un patient à risque (expo professionnelle) - Même en l'absence de notion de tique ou érythème migrant
QROC 10	• Syndrome de • Fiessinger • Leroy • Reiter • OU "arthrite réactionnelle"	0 10 10 10 (30)	• Manifestations articulaires post-infectieuses • = Arthrite réactionnelle (=immunologique) • Sd de FLR = forme la plus complète avec : - Urétrite - Conjonctivite - Arthrite (grosses articulations, membre inférieur surtout)
		90	Total QROC



UE & ITEMS ABORDES

TYPE	ITEMS		INTITULES
	UE	NUMERO	
Question principale	6	169	Zoonoses et pathologies d'inoculation
Questions accessoires	4 6 6	99 158 180	Paralysie faciale Infections sexuellement transmissibles Maladies professionnelles



LE + : POUR MIEUX ASSIMILER

FICHE DE SYNTHESE
(POINTS CLES UE POUR MIEUX REPONDRE AUX DOSSIERS CLINIQUES PROGRESSIFS)

Paralysie Faciale

- Centrale ou périphérique ?
  - C'est une définition clinique qui ne correspond pas toujours à la réalité anatomique
  - Signe de PF périphérique (PFP) :
  - Atteinte territoire inférieur ET supérieur
  - Signe de Charles-Bell : occlusion incomplète de la paupière et oeil dévié vers le haut
  - Absence de dissociation automatico-volontaire
  - Diminution reflexe cornéen
  - Signe des cils de Souques / effacement rides du front ..
  - Présence d'autres signes neurologiques (aphasie, hémianopsie latérale homonyme ..)
- Localisation de la lésion du nerf facial (si périphérique) : question classique de neurologie
  - Lésion en amont du nerf grand pétreux : diminution des sécrétions lacrymale (test Schirmer)
  - Lésion en amont nerf du muscle de l'étrier : abolition réflexe stapédien (impédancemétrie)
  - Lésion en amont de la corde du tympan : abolition du gout sur 2/3 antérieur langue (gustométrie)

Maladie de Lyme ou Borreliose :

- Définition :
  - Zoonose transmise par un vecteur : la tique de type Ixodes ricinus
  - Bactérie en cause : Spirochète : Borrelia garinii, B. afzelli (ou B. burgdorferii, surtout aux USA)
  - 3 phases :
  - Primaire : erythème chronique migrant (Absent dans 30% des cas!); Pathognomonique
  - Secondaire : atteinte neurologique ++ (méningoradiculite); atteinte articulaire ou cardiaque (BAV)
  - Tertiaire : acrodermatite atrophiante chronique; arthrites ..
- Diagnostic paraclinique :
- Lors de la phase primaire : AUCUN, diagnostic clinique
- Sinon :
  - Diagnostic positif/étiologique :
  - Ponction lombaire : sérologie, Western Blot, PCR Borrelia +/- culture
  - Montre une synthèse intrathécale d'Ig
  - Sérologie sanguine
  - NFS et CRP : normal en général mais permet d'éliminer autre diagnostic
- Diagnostic de gravité / complication :
  - ECG : recherche trouble de la conduction !
- Traitement :
  - Retrait de la tique (mécanique car risque régurgitation si utilisation d'un produit chimique) le plus rapidement possible (dans les 48h)
  - Antibiothérapie adaptée, selon la phase
  - Primaire : Amoxiciline 14jours
  - Secondaire ou tertiaire : Ceftriaxone 21 à 28j ou Doxycycline 21 à 28j
  - Risque de phénomène d'Herxheimer : fièvre + frissons secondaire à lyse bactérienne. Phénomène bénin à traiter symptomatiquement.
  - Prophylaxie :
- Vetements longs, retrait rapide des tiques, répulsifs ..

Consensus

UE dossier clinique progressif N° 28

Monsieur B. en a plein le dos ..

1 Enoncé

Vous examinez aux urgences M. Pierre B. agé de 67 ans. Il consulte pour une douleur du membre inférieur droit évoluant depuis le début de l'après-midi, déclenché par le déplacement d'un meuble lors de son ménage de printemps.
Il s'agit d'une douleur très intense, à type de décharges électriques débutant dans le bas du dos, se propageant dans la fesse, la face postérieure de la cuisse et de la jambe jusqu'au 5ème orteil. La douleur est impulsive et très augmentée par la toux chronique du patient.
Il s'agit d'un ancien chirurgien orthopétique à la retraite, il fume 1 paquet/jour depuis le début de ses études et boit de l'alcool de manière occasionnelle. Il ne prend comme traitement uniquement de l'hydrochlorothiazide pour une hypertension artérielle essentielle.
A l'examen physique : les constantes sont normales, le patient est apyrétique. L'EVA est à 6/10. Le patient rapporte un amaigrissement involontaire de 4kg en 1 mois ainsi qu'une asthénie importante.
L'examen du rachis est difficile avec une raideur importante, l'indice de Schöber est à 10+2cm, il existe un signe de la sonnette. Le signe de Leri est négatif, le signe de Lasègue est positif pour une flexion à 40°. Le testing musculaire est normal, le réflexe achiléen est diminué du coté droit, les réflexes cutanéo-plantaires sont en flexions.

QROC 1	**Quel diagnostic évoquez-vous (diagnostic + topographie sans l'étiologie)** **Texte libre (1 à 3 mots)**

QCM 2	**Quels sont les 3 signes de gravités à rechercher transformant cette lombosciatique en une urgence chirurgicale ?** **(Jusqu'à 3 réponses)**

A - Abolition d'un reflexe ostéo-tendineux
B - Testing musculaire < 3/5
C - Raideur rachidienne invalidante
D - Lombosciatique hyperalgique (douleur resistante aux morphiniques)
E - Impulsivité à la toux
F - Anesthésie en selle
G - Signe de Lasegue positif
H - Argument pour une cause secondaire

QCM 3	**Ces signes sont absents.** **Dans le cas où vous suspecteriez une hernie discale comme causant la symptomatologie, où la localiseriez-vous compte-tenu des informations de l'examen physique et de l'argument de fréquence ?** **(Jusqu'à 1 réponses)**

A - Hernie foraminale droite L5-S1
B - Hernie paramédiane droite L5-S1
C - Hernie foraminale droite S1-S2
D - Hernie paramédiane droite S1-S2
E - Hernie foraminale droite L4-L5
F - Hernie paramédiane droite L4-L5
G - Hernie foraminale gauche L5-S1
H - Hernie paramédiane gauche L5-S1
I - Hernie foraminale gauche S1-S2
J - Hernie paramédiane gauche S1-S2
K - Hernie foraminale gauche L4-L5
L - Hernie paramédiane gauche L4-L5

QCM 4	**Quels examens réalisez-vous chez ce patient ?** **(Jusqu'à 5 réponses)**

A - Aucun examen nécéssaire
B - TDM du rachis
C - Electromyogramme
D - Ponction lombaire
E - NFS-CRP-VS
F - Radiographie thoracique

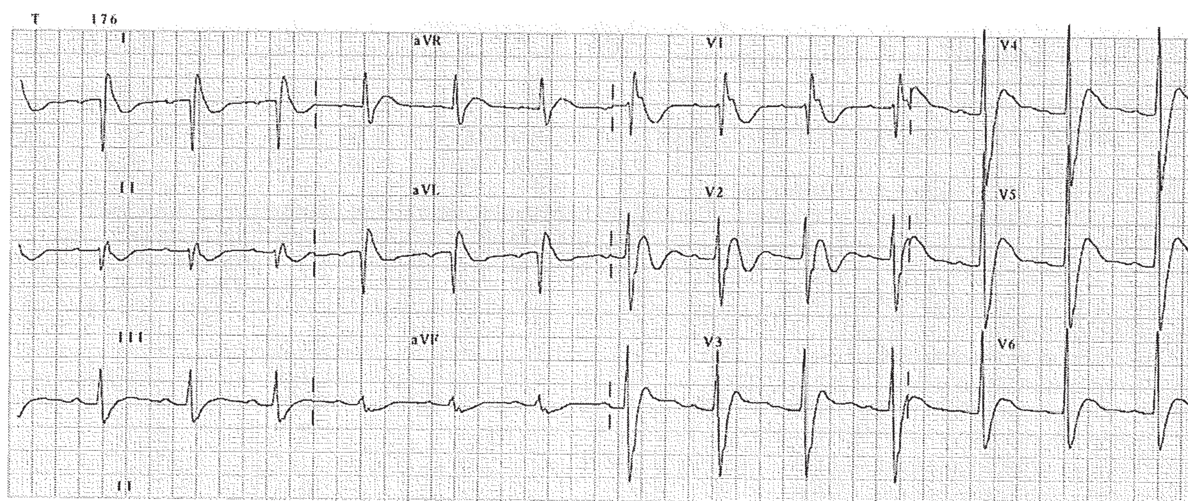
QCM 5	**Quelles sont les principales causes de lombosciatiques symptomatiques ?** **(Jusqu'à 9 réponses)**

A- Syringomyélie
B- Hernie discales
C- Arthrose lombaire
D- Spondylodiscite infectieuse à pyogène
E- Tuberculose rachidienne
F - Métastases rachidienne
G - Myélome multiple
H - Sclérose latérale amyotrophique
I - Fracture vertébrale

QCM 6	**Le scanner que vous réalisez montre plusieurs lésions arrondies disséminées dans le rachis, prenant le contraste, évocatrices de métastases multiples.** **Quels sont les principaux cancers ostéophiles ?** **(Jusqu'à 5 réponses)**

A- Gastrique
B- Poumon
C- Pancréas
D- Prostate
E- Rein
F- Cérébral
G - Sein
H - Thyroïde
I - Peau

QROC 7	**Votre externe ayant tout juste réalisé l'ECG d'admission vient vous le montrer avant de pouvoir le ranger dans le dossier.** **Quel est votre diagnostic (concernant l'ECG, pas l'externe) ?** **(2 mots)**



QCM 8	Quelles sont les causes principales d'hypercalcémie ? (Jusqu'à 8 réponses)

A Hyperparathyroïdie primaire
B Hyperparathyroïdie secondaire
C Métastase ostéolytique
D Myélome multiple
E Syndrome paranéoplasique avec sécrétion de PTHrp
F Iatrogène
G Rhabdomyolyse
H Syndrome de Lyse tumorale

QCM 9	Le reste de votre bilan vous revient : NFS : Hb = 18g/dL; Leuco = 7G/L avec formule normale; Plaquettes = 300G/L Ionogramme : Na+ : 144mM; Cl- = 102mM; K+ = 4mM; HCO3- = 28mM; Calcium = 3,4mM; Albumine = 35g/L Créatinine = 210µM; Urée = 24mM Quelle est votre prise en charge ? (Jusqu'à 10 réponses)

A · Urgence thérapeutique
B · Transfert en réanimation
C · Transfert dans service conventionnel
D · Arrêt de l'hydrochlorothiazide
E · Hydratation par serum glucosé à 5%
F · Hydratation par serum salé isotonique
G · Débit : 4 à 6L les premières 24h
H · Débit 2 à 3 L les premières 24h
I - Diurétique de l'anse (furosémide) avant tout autre traitement
J - Biphosphonates
K · Traitement étiologique (du cancer) à commencer rapidement

QCM 10	Quelles sont les syndromes paranéoplasiques associés au cancer du poumon ? (Jusqu'à 9 réponses)

A Ostéoarthropathie pneumique de Pierre-Marie-Foix
B Syndrome pseudo-myasthénique de Lambert-Eaton
C Syndrome de Denny-Brown (polyneuropathie sensitivo-motrice)
D Hypercalcémie par sécrétion de PTH-rp
E Hyponatrémie (Syndrome de Schwartz-Barter)
F Cholestase anictérique (Syndrome de Stauffer)
G Syndrome de Cushing par sécrétion paranéoplasique d'ACTH
H Encéphalite limbique
I Dermatomyosite

2 Corrigé



LE + : PREMIERE LECTURE, CONSEILS ET ASTUCES

- **Appréciation globale et difficulté du dossier clinique progressif :**
  - Dossier de lombosciatique sur cancer compliqué d'hypercalcémie
  - Difficulté : 2/3
  - A classer en 2ème position parmi les 3 dossiers de l'épreuve
- **Zéros et mots clés à inscrire sur le brouillon :**
  - Hypercalcémie = ECG + albumine (corriger la calcémie !!)
  - Tabac + altération état général = cancer du poumon jusqu'à preuve du contraire
  - A l'ECN : Arrêt des médicaments quasi-systématique : toujours se poser la suestion
- **Astuces, réflexes et pièges QCM / QROC :**
  - Hypercalcémie = urgence médicale à bien connaitre
  - Procéder par élimination



GRILLE DE CORRECTION & COMMENTAIRES

		V F	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QCM 2	A -	F	0	• Aux ECN on doit savoir reconnaitre le grave • C'est donc ces signes qu'il faut savoir chercher - Une LS paralysante ou hyperalgique - Un syndrome de la queue de cheval - Nécéssitent une prise en charge neurochir en urgence • L'abolition d'un reflexe / impulsivité = signes fréquents
	B -	V	10	
	C -	F	0	
	D -	V	10	
	E -	F	0	
	F -	V	10	
	G -	F	0	
	H -	F	0	
QCM 3	A -	F	0	• Pour comprendre : - Dans canal rachidien les racines sortent les une après les autres - Les racines sortant le plus bas sont au centre du canal - Celles sortant plus haut sont plus en périphérie (voir schéma encadré) - Une hernie paramédiane L5-S1 comprimera S1 (type le plus fréquent) - Une hernie foraminale L5-S1 comprimera L5
	B -	V	30	
	C -	F	0	
	D -	F	0	
	E -	F	0	
	F -	F	0	
	G -	F	0	
	H -	F	0	
	I -	F	0	
	J -	F	0	
	K -	F	0	
	L -	F	0	

QCM 4	A -	F	5	• Le diagnostic de la lombosciatique est CLINIQUE • Les examens sont nécéssaire ici car suspicion de cause secondaire car : - Patient agé > 65 ans - Gros fumeur (> 40 PA) - Toux chronique et altération de l'état général • Il faut faire : - TDM rachis : recherche lésion rachidienne : fracture, métastase .. - NFS-CRP : Sd inflammatoire ? (spondylodiscite) - RX du thorax : car patient fumeur (cancer?)
	B -	V	5	
	C -	F	5	
	D -	F	5	
	E -	V	5	
	F -	V	5	
QCM 5	A -	F	3	• LS symptomatique = toute lésion non dégénérative (exclu arthrose et hernie par définition) • Syringomyélie = lésion de la moelle épinière : indolore • SLA = pas de syndrome rachidien • Si découverte du spondylodiscite infectieuse : - Hémoculture / biopsie vertébrale / hémoculture post-biopsie • Si découverte fracture vertébrale : - Bilan d'ostéoporose
	B -	F	3	
	C -	F	3	
	D -	V	4	
	E -	V	4	
	F -	V	4	
	G -	V	3	
	H -	F	3	
	I -	V	3	
QCM 6	A -	F	3	• Mnémotechnique : PPRST (pépé est resté) - Poumon - Prostate - Rein - Sein - Thyroïde - (Vessie)
	B -	V	4	
	C -	F	3	
	D -	V	4	
	E -	V	4	
	F -	F	3	
	G -	V	3	
	H -	V	3	
	I -	F	3	
QCM 8	A -	V	4	• Hypercalcémie : distinguer 3 types de causes : - Hyperparathyroïdie primaire(40%) : adénome paraT/hyperplasie paraT/carcinome T - Néoplasie (50%): Métastase ostéolytique / myélome / paranéoplasie (PTHrp) - Autres : iatrogène/hyperthyroïdie/granulomatose/immobilisation • Hyperpara secondaire = causée par l'hypocalcémie • Lyse tumorale et rhabdomyolyse : - Destruction d'un grand nombre de cellules - Relargage dans la circulation de leur constituants (K+, phosphates, ac. Urique..) - Phosphates chélatent calcium : hypocalcémie
	B -	F	3	
	C -	V	4	
	D -	V	4	
	E -	V	4	
	F -	V	4	
	G -	F	3	
	H -	F	4	
QCM 9	A -	V	3	• Hypercalcémie maligne (Ca++ > 3,5, signe ECG, IRA fonctionnelle sur deshydr extra-c) - Urgence vitale absolue : REA, scope ECG, la totale .. - ARRET des thiazidiques (**oubli = ZERO**) car : × Insuffisance rénale fonctionnelle sur déshydratation extra-c (DEC) • Thiazidique = hypercalcémiant • On corrige une DEC par du serum salé isotonique (et pas du G5....) • Furosémide (hypocalcémiant) seulement APRES réhydratation • Biphosphonates = excellente efficacité • TTT étiologique (chimiothérapie) à commencer rapidement
	B -	V	3	
	C -	F	2	
	D -	V	**3 PMZ**	
	E -	F	2	
	F -	V	3	
	G -	V	3	
	H -	F	2	
	I -	F	3	
	J -	V	3	
	K -	V	3	
QCM 10	A -	V	4	• Cancer du poumon riche en Sd paranéoplasique • Cancer à petite cellule = différentiation neuro-endocrine = Ag SNC immunogène - Syndrome de Lamber-Eaton : Pseudo-Myasthénie pré-synaptique - Sd de Denny-Brown : polyneuropathie - Encéphalite limbiques : tableaux éncéphalitiques bizarres (anticorps anti-Hu) - Sécrétion de PTH ou ACTH - Devant toute dermatomyosite : CHERCHER NEOPLASIE ++ - Ostéoarthropathie pneumique de PMF : très évocatrice de cancer pulmonaire !
	B -	V	4	
	C -	V	4	
	D -	V	3	
	E -	V	3	
	F -	F	3	
	G -	V	3	
	H -	V	3	
	I -	V	3	
			240	**Total QCM**

	Réponses	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QROC 1	• Lomboscíatique • S1 • droite • (10 points si "sciatique" seul)	15 10 5	• Etre précis dans le diagnostic • Mot clé = dénomination officielle du CNCI • Ne pas oublier le coté
QROC 7	• Hypercalcémie • Maligne ou Sévère	25 5	• Métastasew vertébrales + ECG = hypercalcémie sans avoir vu l'ECG • Savoir ce qu'on chercher AVANT de regarder l'ECG • Voir encadré (signe ECG hypercalcémie
		60	Total QROC



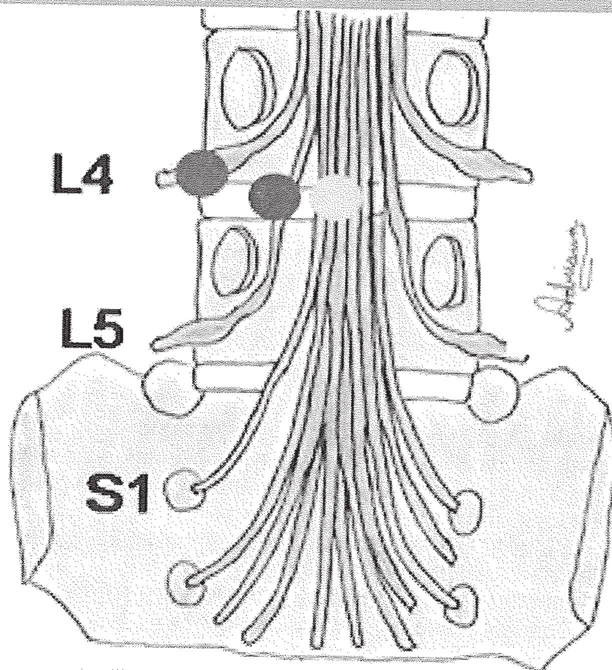
UE & ITEMS ABORDES

TYPE	ITEMS		INTITULES
	UE	NUMERO	
Question principale	4	93	Radiculalgie et syndromes canalaires
Questions accessoires	9 8 9	304 266 306	Tumeurs de os, primitives et secondaires Hypercalcémie Tumeur du poumon, primitives et secondaires



LE + : POUR MIEUX ASSIMILER

FICHE DE SYNTHESE
(POINTS CLES UE POUR MIEUX REPONDRE AUX DOSSIERS CLINIQUES PROGRESSIFS)



Hernie discale et Lombosciatiques :
- Une hernie foraminale (rouge) comprime la racine de la vertèbre supérieure
- Une hernie paramédiane (bleu) comprime la racine de la vertèbre sous jacente
- Une hernie médiane au niveau L4-L5 provoque un Sd de la queue de cheval

Hypercalcémie :

- Définition et Physiopathologie :
  - La calcémie, comme la kaliémie est un paramètre très bien controlé dans le plasma
  - Ca++ = 2,2 à 2,6 mmol/L
  - Ca++(corrigé) = Ca++ (mesuré) + 0,025 (40 – Albumine)
- Effet musculaire :
  - Le calcium est impliqué dans la contraction musculaire;
  - Hypercalcémie = hyperexcitabilité cardiaque; (Hypokaliémie = hyperexcitabilité cardiaque également)
- Effet rénal :
  - Provoque une insensibilité à l'hormone anti-diurétique (ADH) du tubule correcteur
  - → Diabète insipide et deshydratation rapide
  - Autres signes :
  - Douleurs abdominales et vomissements : à évoquer facilement
  - Syndrome confusionnel chez la personne agée !!
- 3 signes d'hypercalcémie sévère :
  - Calcémie > 3,5mmol/L
  - Alcalose métabolique (par hyperaldostéronisme secondaire sur deshydratation)
  - Hypokaliémie (2 phénomènes provoquant hyperexcitabilité cardiaque..)
- Les signes ECG : "Ta Raquette Plate Perd son Rythme"
  - Tachycardie sinusale
  - Raccourcissement du QT (risque vital de passage en fibrilation ventriculaire)
  - Applatissement des ondes T
  - Allongement du PR : bloc atrio-ventriculaire
  - Troubles du rythme : extra-systole ventriculaire, TORSADE DE POINTE, tachycardie ventriculaire

FICHE CONSENSUS
(CONFERENCES DE CONSENSUS et RECOMMANDATIONS)

ANAES 2000	Prise en charge diagnostique des lombosciatiques aigues

- Trois urgences neurochirurgicales :
  - Sd de la queue de cheval
  - LS paralysante (testing musculaire < 3/5)
  - LS hyperalgique (resiste ttt morphinique)
  - → IRM lombaire (TDM si indisponible) en urgence et prise en charge neurochirurgicale
- Interêt des examens complémentaires dans une LS :
  - Rechercher une cause secondaire (LS symptomatique)
  - → PAS d'examen complémentaire dans une LS aigue chez un homme jeune sans signe d'alarme
- Examens indiqués si :
  - LS d'évolution > 7 semaines
  - Echec du ttt médical
  - Signes en faveur d'une forme symptomatique :
  - Sujet agé (> 60 ans)
  - Altération de l'état général
  - Douleurs inflammatoires
  - Signes d'appel extra-rachidiens (hémoptysie..)
  - → Si signe d'appel : TDM lombaire puis orienté selon clinique
  - → Si aucun signe : radiographie du rachis face + profil en 1ère intention (fracture ?)
  - → NFS-VS et CRP recherchent un Sd inflammatoire et une hypergammaglobulinémie (VS)
  - → Pas d'indication à la réalisation d'examen electrophysiologiques (ENMG)

Notes personnelles

UE dossier clinique progressif N° 29

Etre ou ne pas être

1 Enoncé

Vous êtes interne de garde en réanimation médicale en plein été caniculaire et un de vos collègue de garde aux urgences vous appelle concernant une jeune femme amenée par le SAMU quelques heures plus tôt dont l'état se dégrade.
Vous allez voir la patiente, celle-ci est somnolente et refuse de parler lorsque vous la reveillez. Vous retrouvez des cicatrices de phlébotomie au niveau des poignets. L'examen est pauvre excepté une respiration ample et accelérée, sans signe de détresse ou d'obstruction. L'haleine n'a pas d'odeur particulière.
Elle est apyrétique, la PA est à 11/7, la fréquence cardiaque à 92/minutes, la saturation à 99% en air ambiant.
La bandelette urinaire réalisée à titre systématique ne retrouve rien.

QROC 1	**Quel examen simple est à réaliser en première intention devant des troubles de la conscience ?** **Texte libre (1 à 3 mots)**

QCM 2	**Le dextro retrouve une glycémie à 0,8g/L.** **Le bilan de débrouillage réalisé par les urgences vous revient :** **NFS sans particularité** **Ionogramme : Na+ : 138mM; K+ : 5,8mM; Cl- = 95mM; HCO3- = 5 mM; créatinine : 75µmol/L; urée = 5mmol/L** **CRP < 4mg/L** **Quels sont les 2 examens à réaliser en urgence ?** **(Jusqu'à 2 réponses)**

A - TDM cérébral non injecté
B - ECG
C - EEG
D - Spirométrie
E - Gaz du sang en air ambiant
F - ECBU
G - Angioscanner pulmonaire
H - D-dimères
I - Hémoculture

QCM 3	**L'ECG est sans particularité.** **Le gaz du sang montre : pH = 6,98; PaO2 = 105mmHg; PaCO2 = 22mmHg; HC03- = 5mmol/L** **Quelles sont les réponses exactes concernant ce gaz du sang ?** **(Jusqu'à 6 réponses)**

A - Acidose métabolique
B - Acidose respiratoire
C - Compensation rénale adaptée
D - Compensation respiratoire adaptée
E - Effet Shunt
F - Le pronostic vital est engagé
G - La respiration de la patiente correspond à une respiration de Kussmaul
H - La respiration de la patiente correspond à une respiration de Cheynes-Stokes

QROC 4	**Vous transferez la patiente en réanimation pour cette acidose métabolique menaçant le pronostic vital.** **Quel calcul indispensable permet d'avancer dans la reflexion diagnostique de cette acidose métabolique ?** **Texte libre (1 à 3 mots)**

QCM 5	Le trou anionique plasmatique est estimé à 38mmol/L. Quelles sont les causes d'acidose métabolique à trou anionique élevé ? (Jusqu'à 8 réponses)

A - Diarrhées importantes
B - Intoxication à l'aspirine
C - Acidocétose
D - Acidose lactique
E - Intoxication au méthanol ou méthylène glycol
F - Intoxication aux tricycliques
G - Acidose tubulaire rénale de type 1 et 4
H - Acidose hyperchlorémique post remplissage par sérum salé isotonique

QCM 6	Vous diagnostiquez finalement une intoxication à l'éthylène glycol (produit anti-gel) et vous mettez en place un traitement adapté. Votre deuxième admission de la journée est Mme Mathilde R., 78 ans, admise pour un syndrome confusionnel. Quels sont les signes cardinaux du syndrome confusionnel ? (Jusqu'à 5 réponses)

A - Installation aiguë
B - Installation chronique
C - Evolution stable
D - Evolution fluctuante (inversion du cycle nycthéméral)
E - Désorientation temporo-spatiale
F - Trouble de la vigilance et de l'attention
G - Absence de trouble de la vigilance
H - Trouble du comportement (agitation)

QCM 7	Quels sont les causes principales de syndrome confusionnel à évoquer chez un sujet agé ? (Jusqu'à 10 réponses)

A - Toxique
B - Iatrogène
C - Hypoglycémie
D - Troubles hydro-électrolytiques
E - Traumatique (hématome sous-dural; hématome extra-dural)
F - Affection neurologique (vasculaire, tumorale..)
G - Infection
H - Rétention aigue d'urine
I - Fécalome
J - Pathologie douloureuse

QCM 8	Il s'agit d'une patiente pensionnaire d'une maison de retraite en pleine alerte canicule. Ses medicaments sont : - hydrochlorothiazide 25mg/j pour une HTA essentielle; Metformine et du glibenclamide pour un diabète de type 2. A l'examen physique : La patiente est apyrétique, la tension est à 101/75 mmHg, le poul à 98/min, la saturation à 98% en air ambiant. Il n'y a pas de fécalome ou de rétention aigue d'urine. Le glasgow est maintenant à 5/15. Vous retrouvez un pli cutané et des muqueuses humides. La patiente se plaint de céphalée, de quelques vomissements et d'un dégout de l'eau. Le bilan biologique retrouve : NFS : Hb = 16,5g/dL; leucocytes = 7G/L avec formule normale; plaquettes = 400G/L Ionogramme : Na+ = 112mM; K+ : 3,7mM; Cl- = 74mM; HCO3- = 31mM; créatinine = 190µM; urée = 25mM; glycémie = 2,3 mM Protéines 84g/L; Triglycéride = 1g/L; HDLc = 0,5g/L; LDLc = 1,1g/L pH = 7,48; PaO2 = 95mmHg; PaCO2 = 44mmHg; lactates = 0,8 mmol/L CRP < 4mg/L Quelles sont vos conclusions ? (Jusqu'à 6 réponses)

A - Deshydratation extra-cellulaire
B - Hyperhydratation extra-cellulaire
C - Deshydratation intra-cellulaire
D - Hyperhydratation intra-cellulaire
E - Hyponatrémie iso-osmolaire
F - Hyponatrémie hypo-osmolaire
G - Alcalose métabolique de "contraction"
H - Vous injectez une ampoule de G30% en urgence
I - Vous injectez une ampoule de 5 grammes de NaCl en urgence
J - Vous injectez une ampoule de glucagon en urgence

QCM 9	Après votre resucrage la patiente se reveille et le glasgow passe à 14/15 Quelle est votre prise en charge ? (Jusqu'à 8 réponses)

A - Prise en charge en soins intensifs
B - Prise en charge ambulatoire
C - Arrêt de l'hydrochlorothiazide
D - Arrêt des anti-diabétiques oraux
E - Restriction hydrique
F - Mise à jeun strict
G - Perfusion de serum salé isotonique (NaCl 9g/L)
H - Perfusion de serum salé hypotonique (NaCl 4,5g/L)
I - Perfusion de serum glucosé isotonique (Glucose 5%)
J - Perfusion rapide de serum salé hypertonique au pousse seringue électrique
K - Surveillance natrémie / 24h
L - Surveillance natrémie /8h

QROC 10	Votre prise en charge est initialement adaptée. Vous rentrez le lendemain matin pour profiter de votre repos de garde bien mérité. En revenant le jour d'après vous retrouvez la patiente au fond de son lit, avec une perfusion de serum salé hypertonique (4g NaCl/h). Celle-ci est consciente mais ne peut bouger aucun des 4 membres. Le bilan du matin montre une natrémie à 142mM contre 120 la veille au soir avant la mise en place de la perfusion par l'interne de garde qui voulait "accélérer" les choses. Quel diagnostic redoutez-vous ? Texte libre (1 à 3 mots)

2 Corrigé



LE + : PREMIERE LECTURE, CONSEILS ET ASTUCES

- **Appréciation globale et difficulté du dossier clinique progressif :**
  - Dossier sur un sujet difficile : les acidoses et les dysnatrémies
  - Difficulté : 3/3
  - A classer en 3ème position parmi les 3 dossiers de l'épreuve
- **Zéros et mots clés à inscrire sur le brouillon :**
  - TOUT signe neurologique (dont epilepsie ou trouble de la consience) = DEXTRO !
  - Arrêt des médicaments entretenant un processus physiologique (hypotension, hypoglycémie)
- **Astuces, réflexes et pièges QCM / QROC :**
  - Comprendre physiopathologie pour comprendre le traitement
  - Toute prescription (même du NaCL) a un risque : rien n'est anodin !



GRILLE DE CORRECTION & COMMENTAIRES

		V F	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QCM [illegible]	A -	F	0	• Hyperkaliémie > 5mM : ECG de principe !!!! • Bicarbonates effondré + dyspnée de Kussmaul : Gaz du sang en priorité • Pas de signe en faveur EP, infection ..
	B -	V	15	
	C -	F	0	
	D -	F	0	
	E -	V	15	
	F -	F	0	
	G -	F	0	
	H -	F	0	
	I -	F	0	
QCM [illegible]	A -	V	4	• Question plus difficile qu'il n'y parait : - Acidose car pH < 7,38 - Mécanisme primaire = acidose métabolique car HCO3- < 22 mM - PCO2 prédite = HCO3 x 1,5 + 8 +/- 2 (=15,5 ici) - PCO2 > PCO2 prédite donc acidose respiratoire associée, compensation incomplète - La vie est compatible avec un pH de 6,80 à 7,80 : gravité extrême !! - Respiration de Kussmaul (=hyperpnée pour compenser acidose métab) • Rechercher haleine alcool ou "pomme reinette" (cétose OH ou diabétique)
	B -	V	4	
	C -	F	3	
	D -	F	3	
	E -	F	4	
	F -	V	4	
	G -	V	4	
	H -	F	4	
QCM 5	A -	F	3	• TA augmenté = présence d'anions indosés - Aspirine, acidocétose, lactates, méthanol ... • TA normal : augmentation concommitante du chlore lors baisse HCO3 - Diarrhée avec perte de bicarbonates - Perfusion importante de serum salé isotonique - Acidoses tubulaires rénales • Intoxication au tricycliques = troubles cardiaque (effet stabilisant de membrane)
	B -	V	4	
	C -	V	4	
	D -	V	4	
	E -	V	4	
	F -	F	3	
	G -	F	4	
	H -	F	4	
QCM [illegible]	A -	V	4	• Sd confusionnel TRES fréquent • C'est un symptome d'une pathologie AIGUE • Savoir reconnaitre pour rechercher la cause sous jacente
	B -	F	3	
	C -	F	3	
	D -	V	4	
	E -	V	4	
	F -	V	4	
	G -	F	4	
	H -	V	4	

QCM 7	A -	V	3	• Mnémotechnique : ENMID - Exogène (toxique, médicaments) - Neurologique (hématome, epilepsie..) - Métabolique (hypoglycémie++, hydro-electrolytique, trouble acide-base..) - Infection et toutes causes de fièvre - Divers (FECALOME et globe urinaire++) / Douleur
	B -	V	3	
	C -	V	3	
	D -	V	3	
	E -	V	3	
	F -	V	3	
	G -	V	3	
	H -	V	3	
	I -	V	3	
	J -	V	3	
QCM 8	A -	V	3	• Pli cutané, PA pincée, hémoconcentration = DEC • Vomissement, muqueuse humide, natrémie basse = HIC • Osmolarité pl = Na x2 + glycémie < 275 • Hyponatrémie vraie (hypo-osmolaire) • Pas d'hyperprotéinémie majeur ou hypertrigly (fausse hyponatrémie) • DEC --> activation Système rénine-angioT-Aldo --> alcalose • Glucagon inefficace si surdosage en sulfamide
	B -	F	3	
	C -	F	3	
	D -	V	3	
	E -	F	3	
	F -	V	3	
	G -	V	3	
	H -	V	3	
	I -	F	3	
	J -	F	3	
QCM 9	A -	V	3	• Prise en charge en soins intensif car hyponatrémie sévère ++ • Arrêt diurétique car DEC compliqué d'insuffisance rénale • Arret des ADO car insuffisance rénale (surdosage) et hypoglycémie • Corriger DEC = sérum salé • Ttt hypoNa = restriction hydrique • Pas de perfusion hypertonique sauff si signes neuro graves • Si a jeun : pas d'apport d'osmoles et aggravation hyponatrémie • Pas d'apport de soluté hypo-osmolaire ni de G5% (G30% si hypoglycémie)
	B -	F	2	
	C -	V	3	
	D -	V	3 PMZ	
	E -	V	3 PMZ	
	F -	F	2	
	G -	V	3	
	H -	F	2	
	I -	F	2	
	J -	F	2	
	K -	F	2	
	L -	V	3	
			210	**Total QCM**

	Réponses	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QROC 1	• Dextro • OU • Glycémie capillaire (pas de point si glycémie veineuse car retarde PEC)	30	• Tout signe neurologique inexpliqué = DEXTRO • Tombé à l'ECN 2014 • Savoir rester simple …
QROC 4	• Trou • Anionique • Plasmatique	10 10 10	• Ne pas oublier de préciser plasmatique (TA-urinaire existe!) • Classe les acidoses métaboliques en 2 (etiologies ≠) • TAp = Na – Cl – HCO3 (norme = 12 +/-4) • Si supérieur à 16 : TA augmenté = présence d'anion (=acides) indosés dans plasma !! (lactates, cétones …)
QROC 10	• Myélinolyse • Centropontique • OU • Démyélinisation Osmotique	15 15	• Complication classique et grave / irréversible • HypoNa corrigée trop vite : démyélinisation du pont - Tétraparésie + diplégie faciale - Favorisé par : dénutrition / HypoNa chronique/ alcoolisme
		90	**Total QROC**



UE & ITEMS ABORDES

TYPE	ITEMS		INTITULES
	UE	NUMERO	
Question principale	8	265	Troubles hydro-electrolytiques
Questions accessoires	8	238	Hypoglycémie
	11	338	Syndrome confusionnel



LE + : POUR MIEUX ASSIMILER

FICHE DE SYNTHESE
(POINTS CLES UE POUR MIEUX REPONDRE AUX DOSSIERS CLINIQUES PROGRESSIFS)

Cause de l'hyponatrémie chez cette patiente :

- Eté caniculaire : chaleur importante
- Activation du système rénine-angiotensine-aldostérone(SRAA) et hormone anti-diurétique (ADH)
  → Le corps retiens de l'eau ET du sel
- Patient reçoit des diurétiques : perte d'eau et de sel (mais plus de sel que d'eau car ADH fonctionne)
- Lors de l'été on donne de l'eau très fréquemment aux personnes agées qui mangent souvent peu
- → Apports hypotoniques
- Tout ces phénomènes concourrent à
  - Une perte de sel (deshydratation extra-cellulaire) : diurétiques et transpiration
  - Un apport d'eau libre trop importante : boisson hypotonique pluriquotidienne et peu d'apport de sel
- Pour la corriger :
  - Stopper la perte de sel : arrêt diurétique
  - Restriction hydrique : 500mL/j
  - Apport sodés normaux
  - Corriger la cause de l'hyponatrémie :
  - corriger la deshydratation extra-cellulaire : perfusion de sérum salé isotonique (NaCl 9g/L)
    → Normalisation du système de l'ADH
    → Diminution de la réabsorption d'eau libre

Conduite diagnostique devant une hyponatrémie :

- Eliminer une fausse hyponatrémie
  - Hypertriglycéridémie ou Hyperprotéinémie majeure
  - Perfusion de soluté hyperosmolaire (mannitol)
  - Calcul de l'osmolarité plasmatique efficace = Na x2 + glycémie (norme : 275 à 300)
- Devant une hyponatrémie vraie (hypo-osmolaire) :
- Evaluer le secteur extra-cellulaire :
  - Deshydratation extra-cellulaire :
    - × Perte rénale de sel (Natriurèse > 20mM) : diurétique; diurèse osmotique; Sd levée d'obstacle
    - × Perte extra-rénale (Natriurèse < 20mM) : sudation importante, brulure, pertes digestives
  - Hyperhydratation extra-cellulaire :
    - × Cause extra-rénale (Natriurèse > 20mM) : insuff cardiaque, insuf hépatique, Sd néphrotique
    - × Cause rénale (Natriurèse < 20mM) : insuffisance rénale oligurique
  - Secteur extra-cellulaire normal :
    - × Reponse rénale adaptée (U/P osm < 1) : Potomanie, Sd buveur de bière
    - × Réponse rénale inadaptée (U/P osm > 1) : SIADH; hypothyroïdie; insuffisance rénale chronique

Consensus

UE dossier clinique progressif N° 30

Marie fait des vieux os

1 Enoncé

Vous voyez en consultation Mme Marie S., 75 ans pour des douleurs rachidiennes évoluant depuis 3 mois. Ces douleurs sont majorées par la marche et ses activités comme la jardinage qu'elle a du abandonner.
Dans ses antécédents on note :
- Plusieurs tassements vertébraux chez sa mère
- Trois grossesses menées à terme sans complication avec allaitement de l'enfant
- Une ménopause à 52 ans
- Une thyroïdite auto-immune substituée par levothyrox 125µ/j
- un cancer du sein droit à 54 ans traitée par chirurgie et hormothérapie par anastrozole pendant 5 ans.
- Une phlébite il y a 5 ans dans les suite d'une immobilisation platrée post entorse de cheville
- Elle a fumé pendant 30 ans mais a arrêté il y a 15 ans. Elle boit 4 verres de vin par jour.
A l'examen physique :
La patiente mesure 1m55 (contre 1m60 à ses 20ans) pour 48kg. Elle est apyrétique et ses constantes sont normales. Il n'y a pas de déficit neurologique. Il n'y a pas d'altération de l'état général, son suivi sénologique est régulier et rassurant (Ca 15.3 indosable, absence d'argument pour une récidive).

QCM 1	Quels examens pratiquez-vous ? (Jusqu'à 4 réponses)
A -	Scanner du rachis
B -	PET-Scanner
C -	IRM du Rachis
D -	Radiographies du rachis face+profil
E -	NFS
F -	CRP et VS

QCM 2	Quels sont les signes en faveur d'une fracture vertébrale d'allure bénigne? (Jusqu'à 7 réponses)
A -	En dessous de D6
B -	Absence d'atteinte de l'arc postérieur
C -	Absence de recul du mur postérieur
D -	Signes d'ostéolyse
E -	Signe du puzzle
F -	Fracture symétrique
G -	Fractures multiples

QROC 3	Vous retrouvez des fractures vertébrales multiples (L2-L4-L5) sans critère de malignité. Quel examen proposez-vous à visée étiologique? Texte libre (1 à 3 mots)

QCM 4	L'ostéoDM montre : Au niveau rachidien (L4-L5) T-score : -2,1 Au niveau de la tête fémoral T-score : - 4,2 Quelles sont vos conclusions concernant cet examen ? (Jusqu'à 5 réponses)

A - Il s'agit bien d'une ostéoporose
B - Il faut utiliser le Z-score et non le T-score
C - Le score au niveau rachidien est sous-estimé
D - Le score au niveau rachidien est sur-estimé
E - Le score au niveau fémoral est sur-estimé
F - Cet examen ne suffit pas à affirmer une ostéoporose (bilan biologique nécéssaire)
G - La limite pour parler d'ostéoporose est T < - 3,0
H - La limite pour parler d'ostéoporose est T < - 2,5
I - La limite pour parler d'ostéopénie est T < - 2,0
J - La limite pour parler d'ostéopénie est T < - 1,5

QCM 5	Vous diagnostiquez une ostéoporose fracturaire. Quels facteurs ont pu selon vous participer au developpement de son ostéoporose. (Jusqu'à 11 réponses)

A - Tabagisme
B - Antécédents familiaux
C - Prise d'alcool
D - Nombre de grossesses élevés
E - Prise d'anastrozole
F - Carence en vitamine D
G - Dénutrition
H - Ménopause
I - Allaitement de ses enfants
J - Surdosage éventuel en hormone thyroïdienne
K - Carence d'apport calcique

QCM 6	Quel bilan de l'ostéoporose prescrivez-vous afin d'éliminer une cause secondaire? (Jusqu'à 11 réponses)

A - Calcémie
B - TSH
C - Parathormone
D - Phosphorémie
E - Calciurie des 24h
F - Albuminémie
G - Electrophorèse des protéines plasmatiques
H - Scanner thoraco-abdomino-pelvien
I - 25 (OH) vitamine D
J - Calciurie des 24h
K - Creatininémie

QCM 7	Votre bilan ne retrouve pas de causes secondaires à cette ostéoporose. Quel est votre prise en charge ? (Jusqu'à 7 réponses)

A - Prise en charge nutritionelle
B - Apport calcique de 500mg/j
C - Arrêt de l'alcool et du tabac
D - Traitement hormonal substitutif de la ménopause
E - Apport calcique de 1200 mg/J
F - Supplémentation en 25(OH) vitamine D
G - Traitement anti-ostéoporotique par biphosphonates
H - Traitement anti-ostéoporotique par raloxifène
I - Répéter l'ostéodensitométrie tout les 2 ans
J - Traitement antalgique de palier adapté

QROC 8	Quel outil informatique simple permet un calcul du risque fracturaire chez un sujet donné ? (1 mot)

QCM 9	Quels sont les facteurs de risque de chute chez la personne agée ? (Jusqu'à 9 réponses)

A - Maladie neurologique (Parkinson, polyneuropathie..)
B - Baisse d'acuité visuelle
C - Antécédent de chute
D - Polymédication > 4
E - Age > 80 ans
F - Gonarthrose sévère
G - Ostéoporose
H - Dénutrition
I - Prise de psychotropes

QROC 10	Vous voyez en consultation un petit enfant noir agé de 14 mois. Il est né en France d'une famille d'immigré provenant de Guinée . Il présente un retard staturo-pondéral mixte à 2 écarts-types de la normal, apparu progressivement. Il ne présente aucun trouble digestif. Il est gardé à la maison (un sous-sol aménagé pour 2 familles). A l'examen vous retrouvez un genu-varum important bilatéral. Vous examinez les radiographies ci-jointes. Quel est votre diagnostic ? Texte libre (1 à 3 mots)



2 Corrigé



LE + : PREMIERE LECTURE, CONSEILS ET ASTUCES

- **Appréciation globale et difficulté du dossier clinique progressif :**
- Dossier classique avec beaucoup de cours sur l'ostéoporose
- Difficulté : 1/3
- A classer en 1ère position parmi les 3 dossiers de l'épreuve
- **Zéros et mots clés à inscrire sur le brouillon :**
- Calcémie = albumine
- Cancer du sein = CI absolue aux hormones
- **Astuces, réflexes et pièges QCM / QROC :**
- Toujours se poser la question des contre-indications des ttt
- Bien connaitre les définitions (ostéoporose, ostéopénie..)



GRILLE DE CORRECTION & COMMENTAIRES

		V F	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QCM 1	A -	F	5	• Rachialgies d'horaires MECANIQUES chez femme ménopausée > 7 semaines • Avec plusieurs FDR d'ostéoporose • L'antécédent de cancer du sein est un "drapeau rouge" • Un bilan "classique" de rachialgie est suffisant en 1ère intention
	B -	F	5	
	C -	F	5	
	D -	V	5	
	E -	V	5	
	F -	V	5	
QCM 2	A -	V	5	• Critères bien définis à connaitre • Signe du puzzle = si on met les fragments bout à bout on reconstitue la corticale → donc pas d'ostéolyse • Signes IRM : absence d'épidurite et d'atteinte des parties molles
	B -	V	5	
	C -	V	4	
	D -	F	4	
	E -	V	4	
	F -	V	4	
	G -	V	4	
QCM 4	A -	V	3	• La présence d'une fracture vertébrale (ou fracture périphérique sans traumatisme à forte cinétique) → fait poser le diagnostic d'ostéoporose quelque-soit la DMO !!! • Les examens biologiques cherchent une cause secondaire • Le T-score vertébral surestimé car condensation locale car fracture-tassement vertébral !
	B -	F	3	
	C -	F	3	
	D -	V	3	
	E -	F	3	
	F -	F	3	
	G -	F	3	
	H -	V	3	
	I -	F	3	
	J -	V	3	
QCM 5	A -	V	3	• Critères à comprendre plus qu'à apprendre : - Grossesse = impregnation ostrogène = protecteur - Allaitement également • L'anastrozole = anti-aromatase = pourvoyeur d'ostéoporose • La patiente EST dénutrie (IMC < 21 chez le sujet agé) • Carence vitD fréquente • Hyperthyroïdie (et surdosage en hormone) = pourvoyeur d'ostéoporose
	B -	V	3	
	C -	V	3	
	D -	F	2	
	E -	V	2	
	F -	V	3	
	G -	V	3	
	H -	V	3	
	I -	F	2	
	J -	V	3	
	K -	V	3	

QCM 6	A -	V	3	• Le bilan d'ostéoporose cherche à éliminer une cause secondaire : - Myélome : EPP - Hyperparathyroïdie primaire : PTH / calciurie 24h - Ostéomalacie : 25(OH)vit D - Calcémie = albumine (corriger) - Hyperthyroïdie : TSH - Ostéite fibreuse : créatininémie
	B -	V	3	
	C -	V	3	
	D -	V	3	
	E -	V	2	
	F -	V	3	
	G -	V	2	
	H -	F	2	
	I -	V	3	
	J -	V	3	
	K -	V	3	
QCM 7	A -	V	3	• Apport vitamino-calcique ++ : calcium 1,2g/j chez sujet agé + vitD 800UI/j • Arrêt facteurs favorisants : tabac et alcool • CONTRES INDICATIONS : - Raloxifène car antécédent de TVP (favorise car agoniste partiel oestrogènique) - THS car antécédent cancer sein ET TVP (ZERO si coché) • Ostéodensitométrie tout les 3 à 5 ans
	B -	F	3	
	C -	V	3	
	D -	F	3 MZ	
	E -	V	3	
	F -	V	3	
	G -	V	3	
	H -	F	3 (V=-20)	
	I -	F	3	
	J -	V	3	
QCM 9	A -	V	3	• Chute chez le sujet agé = fréquent et GRAVE • Facteurs de risques à connaitre (prévention) • Ils sont logiques (trouble visuel, dénutrition, problème locomoteur..)
	B -	V	4	
	C -	V	4	
	D -	V	4	
	E -	V	3	
	F -	V	3	
	G -	F	3	
	H -	V	3	
	I -	V	3	
			210	**Total QCM**

	Réponses	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QROC 3	• Ostéodensitométrie • OU Densitométrie osseuse • OU absorptiométrie biphotonique par rayon X	30	• Présence de plusieurs fractures vertébrales • Femme à risque d'ostéoporose • Fait parti des indications d'ODM
QROC 8	• FRAX	30	• Outil informatique qui permet de calculer risque fracturaire • Prend en compte age, T-score, antécédent fracture .. • Permet de poser indication ttt anti-ostéoporotique si T-score > -3 sans fracture
QROC 10	• Rachitisme • Carentiel	15 15	• Nourrisson mélanoderme peu exposé au soleil (sous-sol) • Retard de croissance + genu varum • Déformations osseuses caractéristiques • Métaphyses plates en "toit de pagode" • Elargissement des cartillages de conjugaison
		90	**Total QROC**



UE & ITEMS ABORDES

TYPE	ITEMS		INTITULES
	UE	NUMERO	
Question principale	5	124	Ostéopathies fragilisantes
Questions accessoires	4	92	Rachialgies
	9	309	Tumeur du sein



LE + : POUR MIEUX ASSIMILER

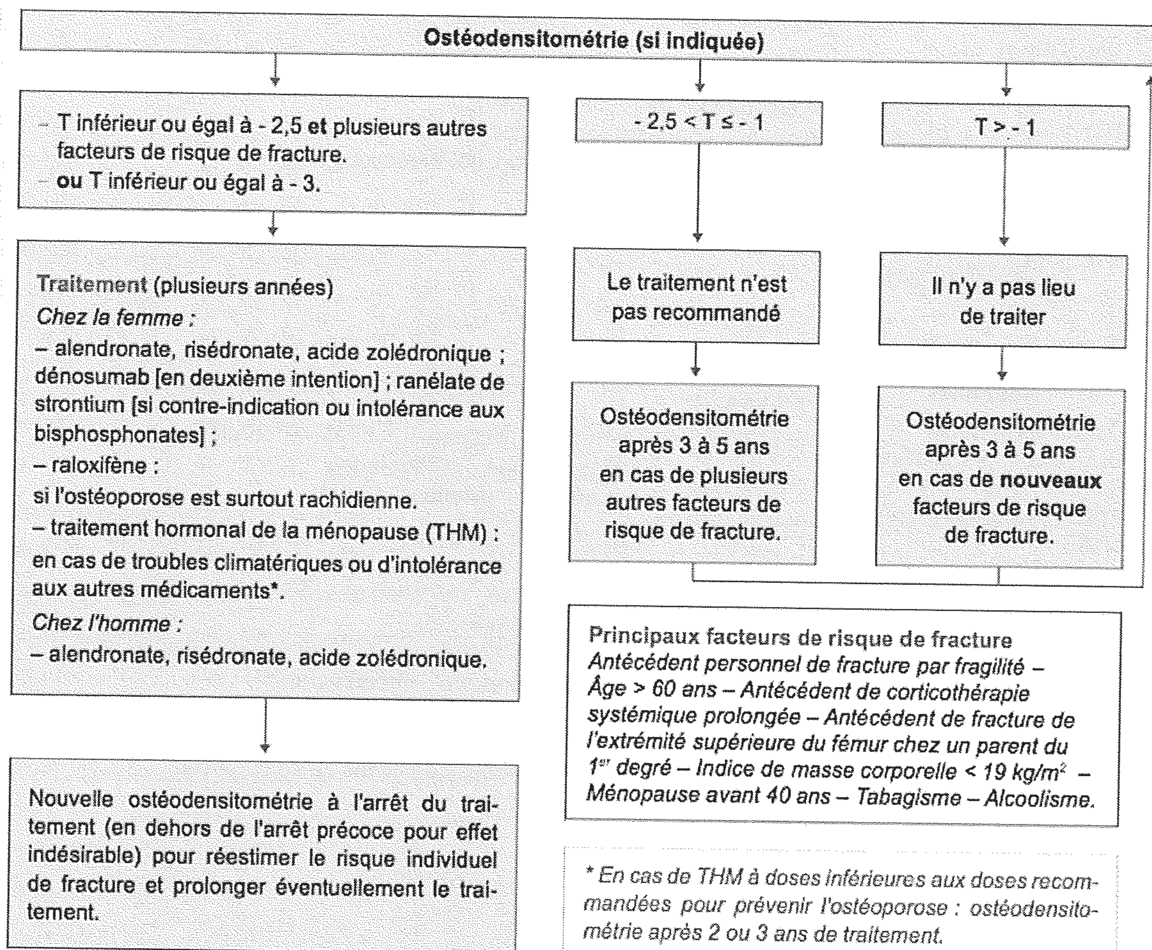
FICHE CONSENSUS (CONFERENCES DE CONSENSUS et RECOMMANDATIONS)	
HAS 2014	**Bon usage du médicament : ostéoporose**

Définition de l'ostéoporose :

La DMO s'exprime en T-score, écart entre la densité osseuse mesurée et la densité osseuse théorique de l'adulte jeune de même sexe, au même site osseux.

- T-score supérieur à –1 : densité normale.
- T-score inférieur ou égal à –1 et supérieur à –2,5 : ostéopénie.
- T-score inférieur ou égal à –2,5 : ostéoporose (considérée comme sévère en cas de fracture).

Qui traiter / comment traiter (schéma récapitulatif) :



UE dossier clinique progressif N° 31

Margaux a le coeur gros

1 Enoncé

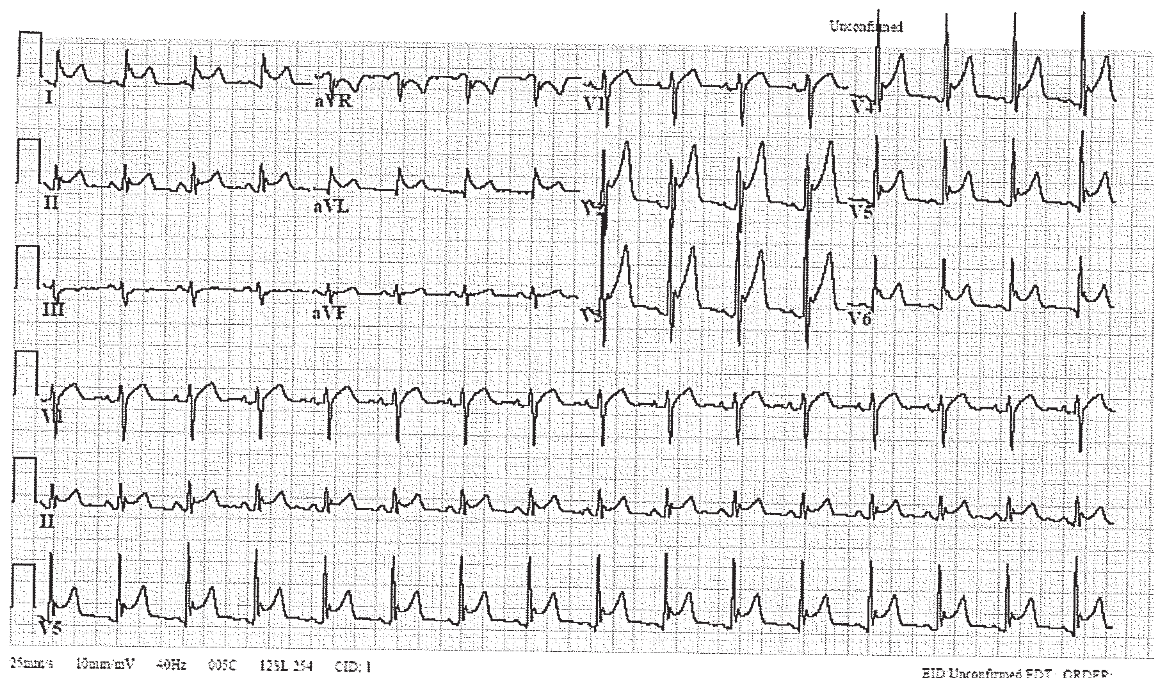
Vous prenez en charge Margaux L., 24 ans, aux urgences pour une douleur thoracique de survenue brutale. Il s'agit de douleurs thoraciques rétrosternales à type d'écrasement et de brulures, majorées par l'inspiration profonde et la position couchée. Elle se tient spontanément en position demi-assise lorsque vous l'examinez.
Cette patiente fumeuse, n'a aucun antécédent familial ou personnel particulier. Elle ne prend pas de médicament.

QCM 1	Quels examens réalisez-vous en urgence ? (Jusqu'à 4 réponses)

A - ECG 18 dérivations
B - Coronarographie
C - Troponines
D - Angio-scanner pulmonaire
E - Scintigraphie cardiaque de ventilation/perfusion
F - Epreuve d'effort
G - Echographie cardiaque
H - Radiographie du thorax
I - D-dimères

QCM 2	Dans le cas où vous retrouveriez des anomalies ECG du segment ST et une élévation des troponines, quelles en seraient les 4 étiologies les plus probables ? (Jusqu'à 4 réponses)

A - Pathomimie
B - Prise de vasoconstricteur (cocaïne)
C - Athérosclérose
D - Thrombophilie (Sd des anti-phospholipides)
E - Myocardite aigue
F - Embolie graisseuse
G - Embolie cruorique
H - Embolie gazeuse
I - Angor de Prinzmetal



QCM 3	Voici l'ECG de repos, quelle en est votre interprétation ? (Jusqu'à 7 réponses)

A - Rythme Sinusal régulier
B - Rythme non sinusal
C - Fréquence = 95/min
D - Fréquence = 145/min
E - Sus-décalage du ST convexe vers le haut (onde de Pardee)
F - Sus-décalage du ST concave vers le haut
G - Présence de mirroir
H - Absence de mirroir
I - Courants de lésion systématisés à un territoire
J - Courants de lésion diffus
K - Sous décalage du PR
L - Microvoltage diffus

QROC 4	**L'examen physique montre : une température à 38,1°C, une pression artérielle à 12/7, une fréquence cardiaque à 90/min, une saturation à 98% en air ambiant. Il n'y a pas de signe de phlébite, l'auscultation met en évidence des bruits du coeurs réguliers, assourdis sans souffle et un murmure vésiculaire symétrique dans les champs pulmonaires. Les D-dimères sont négatifs de même que les troponines de H0 et H6. La radiographie thoracique est normale. Quel est le diagnostic le plus probable ? Texte libre (1 à 3 mots)**

QCM 5	Quels sont les signes cliniques ou paraclinique de gravité de la péricardite aigue ? (Jusqu'à 9 réponses)

A - Hypotension artérielle
B - Poul paradoxal
C - Turgescence jugulaire
D - Hépatomégalie douloureuse
E - Marbrures
F - Alternance électrique du QRS à l'ECG
G - Sus-décalage diffus du ST à l'ECG
H - Aspect de swinging heart à l'échographie
I - Septum paradoxal à l'échographie

QCM 6	**Ces signes sont absents, quelle prise en charge proposez-vous à la patiente ? (Jusqu'à 7 réponses)**

A Repos avec arrêt de travail
B Aspirine à dose anti-aggrégeante (75mg/j)
C Aspirine à dose anti-inflammatoire (1gr 3x/j)
D Ponction péricardique
E Colchicine per os
F Corticothérapie systémique per os
G Education de la patiente : risque de récidive
H Béta-bloquants
I Diurétiques

QCM 7	**Vous revoyez la patiente en consultation 1 mois plus tard. Ses douleurs thoraciques ont disparues et l'ECG s'est normalisé.** **Elle se plaint cependant d'arthralgies des mains et des poignets depuis 1 semaine.** **Sa numération montre :** **Hb = 9g/dL; VGM = 98µ; Leucocytes = 4,5G/L dont 3,5G/L PNN et 1G/L lymphocytes; Plaquettes = 120G/L; Reticulocytes = 250G/L** **La CRP est à 60mg/L.** **Vous suspectez devant cette anémie régénérative une cause extra-corpusculaire, quelles sont-elles ?** **(Jusqu'à 5 réponses)**

A - Sphérocytose héréditaire (Sd de Minkowski-Chauffard)
B - Déficit en G6PD
C - Anémie hémolytique auto-immune
D - Micro-angiopathie thrombothique
E - Hémoglobinopathie (thalassémie/drépanocytose)
F - Hémoglobinurie paroxystique nocturne (Sd de Marchiafava-Michelli)
G - Paludisme
H - Toxique (sulfamides..)

QROC 8	**Votre bilan confirme une anémie hémolytique auto-immune (présence d'anticorps chauds) associée à une thrombopénie auto-immune (Syndrome d'Evans).** **Le reste de votre bilan retrouve :** **Une cytolose hépatique modérée predominante sur les ASAT (2,5N).** **L'étude du complément retrouve C2 : normal; C4 effondré; CH50 normal.** **La bandelette urinaire est négative et la créatininémie est normale.** **Les sérologies virales sont négatives.** **Quel examen complémentaire immunologique de dépistage devez-vous réaliser ?** **Texte libre (2 à 4 mots)**

QROC 9	**Vous retrouvez des anticorps anti-nucléaires à un titre de 1/1280. Vous cherchez donc des Anticorps anti-ADN natif (fortement positifs), des anti-Sm (négatifs), des anti-CCP et le facteur rhumatoïde (négatifs).** **Vous posez le diagnostic de lupus erythémateux systémique.** **A l'interrogatoire vous retrouvez une sensation de bouche sèche récurrente avec 2 reveils nocturnes pour boire ainsi qu'une sensation invalidante de "sable dans les yeux". La patiente se plaint également de brulures cutanée des mains et des pieds accompagnées de dysesthésies.** **Quel diagnostique suspectez-vous ?** **Texte libre (2 à 4 mots)**

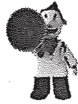
QCM 10	**Vous suspectez un syndrome de Gougerot-Sjögren secondaire.** **Quels explorations réalisez-vous pour étayer cette suspicion ?** **(Jusqu'à 6 réponses)**

A - Test de Schirmer
B - Examen ophtalmologique complet
C - Mesure du flux salivaire
D - Electroneuromyogramme
E - Biopsie des glandes salivaires accessoires (BGSA)
F - Biopsie neuromusculaire
G - Recherche de ENA (antigènes nucléaires solubles) de type SS-A et SS-B

QCM	Voici le scanner d'une patiente de 70 ans consultant pour une douleur thoracique évoluant depuis 2 jours. Visualisez la vidéo numéro 2 Quelles sont les réponses exactes ? (Jusqu'à 6 réponses)

A - Il s'agit d'un scanner TAP injecté
B - Il s'agit d'une IRM TAP injectée
C - Il existe un épanchement péricardique
D - Il existe un épanchement pleural
E - Dissection aortique Stanford A
F - Dissection aortique Stanford B
G - Thrombus dans l'aorte ascendante
H - Thrombus dans l'aorte descendante
I - Probable embole rénale droite

2 Corrigé



LE + : PREMIERE LECTURE, CONSEILS ET ASTUCES

- **Appréciation globale et difficulté du dossier clinique progressif :**
  - Dossier d'abord cardiologique pour parler de lupus et de Sd de Sjogren
  - Difficulté : 2/3
  - A classer en 2ème position parmi les 3 dossiers de l'épreuve
- **Zéros et mots clés à inscrire sur le brouillon :**
  - Douleur thoracique aigue = ECG et troponine en sous cortical à l'ECN
  - Sus-décalage ST ≠ infacturs
- **Astuces, réflexes et pièges QCM / QROC :**
  - Interpreter méthodiquement les ECG (cf FRACHID)
  - Ne pas oublier "primaire/secondaire" "aigu/chronique" quand cela s'applique



GRILLE DE CORRECTION & COMMENTAIRES

		V F	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QCM 1	A -	V	5	• Douleur thoracique aigue éliminer "PIED" donc en première intention: - Péricardite : ECG et Thorax - Infarctus : ECG et TROPONINES (H0 ET H6) - EP: D-dimère (sauf si probabilité élevée) - Dissection Ao : thorax seul en premier car douleur non évocatrice
	B -	F	2	
	C -	V	5	
	D -	F	2	
	E -	F	2	
	F -	F	2	
	G -	F	2	
	H -	V	5	
	I -	V	5	
QCM 2	A -	F	0	• Si on rephrase : "4 causes de Sd coronaire aigu chez un sujet jeune" - Athérosclérose : quasi-impossible à 24 ans sauf si prédisposition familiale forte - Vasoconstricteur : cocaine (ECN 2014!!) ou vasoconstricteur nasal (fréquent!!) - Angor de Prinzmétal : vasospasme coronaire fréquent chez fumeur jeune • Diagnostic différentiel du SCA à savoir évoquer chez le jeune : →Myocardite aigue (souvent virale) : mime en tout point un SCA
	B -	V	7,5	
	C -	F	0	
	D -	V	7,5	
	E -	V	7,5	
	F -	F	0	
	G -	F	0	
	H -	F	0	
	I -	V	7,5	
QCM 3	A -	V	5	• ECG typique de péricardite, noter : - Sous-décalage du PR : quasi pathognomonique - Sus décalage ST : CONCAVE vers haut, DIFFUS, non sytématisé - Absence de MIROIR • Microvoltage peut se voir dans péricardite mais non obligatoire (eau isolant) • (se voit aussi dans amylose, obésité importante)
	B -	F	0	
	C -	V	5	
	D -	F	0	
	E -	F	0	
	F -	V	5	
	G -	F	0	
	H -	V	5	
	I -	F	2	
	J -	V	5	
	K -	V	3	

QCM 5	A -	V	3	• Clinique : - Signes insuff ventriculaire droit (ou gauche si terminal) et de choc (osbtructif) - Tamponade dont poul paradoxal (diminution PAS >= 20mmHg à l'inspiration) • Paraclinique : - ECG : la taille du QRS change entre 2 battements = alternance de l'axe → Le coeur se déplace dans le péricarde, signe épanchement abondant - Echographie identifie épanchement abondant (swinging heart) et tamponade
	B -	V	4	
	C -	V	4	
	D -	V	4	
	E -	V	3	
	F -	V	3	
	G -	F	3	
	H -	V	3	
	I -	V	3	
QCM 6	A -	V	4	• Hors étiologie particulière (néoplasique, tuberculeuse) ou signe de gravité : - Ttt symptomatique : Aspirine à doses anti-inflammatoire - Colchicine diminue douleurs et risque récidive - Corticoïde à priori contre-indiqué car cause virale supposée - Pas d'indication à béta-bloquants ou diurétiques ici
	B -	F	3	
	C -	V	4	
	D -	F	3	
	E -	V	4	
	F -	F	3	
	G -	V	3	
	H -	F	3	
	I -	F	3	
QCM 7	A -	F	3	• Anémies régénératives = hémolyse (ou hémorragie mais pas de notion ici) - Corpusculaire : anomalie (congénitale) globule rouge (membrane ou contenu) - Extra-corpusculaire : (=acquises) auto-immune; toxique; infectieux; mécanique - La tendance macrocytaire ici est due à la taille supérieure des reticulocytes par rapport aux GR - Hémoglobinurie parox nocturne : anomalie de l'enzyme (DONC CORPUSCULAIRE) permettant la présence membranaire de glycosylphosphatidyl-inositol, ancre permettant d'attacher 2 protéines (CD55 et 59) inhibitrices du complément, en leur absence, GR lysée par le complément (la nuit car complément activé par le pH acide en fin de nuit)
	B -	F	3	
	C -	V	4	
	D -	V	4	
	E -	F	4	
	F -	F	4	
	G -	V	4	
	H -	V	4	
QCM 10	A -	V	5	• Le diagnostic de SGS se fait par des critères subjectifs (Sd sec) et objectifs : - Secheresse oculaire : test de Schirmer - Secheresse buccale : flux salivaire - Atteinte histologique : BGSA - Anticorps associés au SGS (mais pas entièrement spécifiques) : SS-A et SS-B - Il faut confirmer la presence de l'atteinte nerurologique (polyneuropathie) - La biopsie, invasive, n'est pas réalisée en pratique
	B -	V	5	
	C -	V	4	
	D -	V	4	
	E -	V	4	
	F -	F	4	
	G -	V	4	
	A -	V	10	• Angio-TDM Thoraco-abdomino-pelvien - Dissection aortique : image double chenal, voile intimal, dilatation aorte - Présence d'une thrombose de l'aorte descendante - Pas d'hypodensité rénale évoquant une embolie (triangulaire à base périphérique)
	B -	F	0	
	C -	F	0	
	D -	F	0	
	E -	V	10	
	F -	F	0	
	G -	F	0	
	H -	V	10	
	I -	F	0	
			240	**Total QCM**

	Réponses	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QROC 4	• Péricardite • Aigue	20 10	• Douleur Typique de péricardite (positionelle, inspiratoire) • ECG en faveur / RX du thorax n'élimine pas • On a éliminé les autres étiologies
QROC 8	• (Recherche d') • Anticorps • Anti-nucléaires	 15 15	• Présence de 3 critères diagnostics du lupus (cf critères) • Cytolyse hépatique modérée fréquente dans lupus • Consommation C4 sur poussée lupique • OU déficit congénital (facteur de risque de lupus)
QROC 9	• (Syndrome de) • Gougerot • Sjogren • Secondaire	 10 10 10	• Connectivite la plus fréquente après la PR • Associe un Sd sec oculo-buccal (atteinte glandulaire) • À des atteintes extra-glandulaire (neuro, pneumo..) • 50% = primaire / 50% = secondaire (lupus, PR ..) • Le SGS est un facteur de risque de lymphome (RR = 40)
		90	**Total QROC**



UE & ITEMS ABORDES

TYPE	ITEMS		INTITULES
	UE	NUMERO	
Question principale	8	233	Péricardite aigue
Questions accessoires	7	209	Anémie chez l'enfant et l'adulte
	7	190	Lupus erythémateux disséminé
	7	188	Pathologies auto-immunes



LE + : POUR MIEUX ASSIMILER

FICHE DE SYNTHESE
(POINTS CLES UE POUR MIEUX REPONDRE AUX DOSSIERS CLINIQUES PROGRESSIFS)

Quelques données sur le lupus érythémateux systémique :

- Maladie chronique évoluant souvent par poussée (cf facteur déclenchant)
- Il est dit classiquement que le lupus a une VS élevée et une CRP normale
- La VS est due à l'hypergamma polyclonale fréquente dans le lupus
- La CRP est souvent au moins modérément élevée en poussée (entre 10 et 60)
- Une CRP à plus de 100 peut-être expliquée par :
  - Une atteinte des sereuses (péricardite, pleurite), très inflammatoire
  - Une infection surrajoutée, à chercher !!
- On retrouve fréquement une lymphopénie (critère diagnostique) et une cytolyse hépatique
- L'étude du complément est souvent réalisée :
  - On dose en pratique : C2, C4 et CH50
  - Un C2 ou C4 abaissé peut être expliqué par :
  - Une consommation : infection ou poussée lupique ou hémolyse auto-immune
  - Un déficit congénital en ce facteur : c'est un facteur de risque de lupus

Les critères diagnostics du lupus sont (11):

- Eruption malaire en aile de papillon
- Lupus discoïde
- Photosensibilité
- Ulcération buccales et pharyngées
- Polyarthrite non érosive
- Pleurésie ou Péricardite
- Atteinte rénale : protéinurie > 0,5G/L ou cylindre
- Atteinte neurologique : convulsion ou psychose
- Atteinte hématologique : anémie ou lymphopénie ou thrombopénie
- Présence d'anticorps anti-nucléaires en dehors de médicament inducteur
- Présence d'anticorps anti-ADN natif ou anti-Sm ou antiphospholipide

La présence de 4 critères fait poser le diagnostic de lupus
Ils sont cependant principalement utilisés dans les études, un lupus est possible avec seulement 3 critères

Notes personnelles

Consensus

UE dossier clinique progressif N° 32

Dans le ventre du problème

1 Enoncé

Vous examinez en consultation M. Jules C., 38 ans, pour des douleurs épigastriques évoluant depuis quelques semaines.
Il s'agit d'un patient atteint d'une spondylarthrite ankylosante depuis 4 ans sans traitement de fond pour le moment. Il a également un antécédent de primo-infection tuberculeuse dans l'enfance. Il fume également 1 paquet/j.

QCM 1	Votre interrogatoire vous fait évoquer en priorité un ulcère-gastro-duodénal. Quelles sont les principales caractéristiques des douleurs d'ulcère gastro-duodénal ? (Jusqu'à 5 réponses)

A - Siège épigastrique
B - Absence d'irradiation
C - Irradiation dans la machoire
D - A type de crampe dans la majorité des cas
E - A type de brulure dans la majorité des cas
F - Prédominance post-prandiale tardive
G - Prédominance per-prandiale
H - Calmé par la prise d'aliments
I - Majoré par la prise d'aliments

QCM 2	Quels sont les facteurs favorisants/aggravant d'un ulcère gastro-duodénal à rechercher ? (Jusqu'à 8 réponses)

A - Stress psychologique
B - Tabagisme
C - Prise d'AINS
D - Infection par Helicobacter pylori
E - Infection par Campylobacter jejuni
F - Pathologie chronique (cirrhose, insuffisance rénale)
G - Terrain génétique
H - Alimentation riche en lipides

QCM 3	Quel(s) examen(s) proposez-vous à ce patient ? (Jusqu'à 5 réponses)

A - Manométrie oesophagienne
B - Endoscopie oeso-gastro-duodénale
C - Phmétrie oesophagienne
D - Sérologie Hélicobacter pylori
E - Scanner abdominal
F - NFS
G - Bilan d'hémostase

QCM 4	NFS : Hb = 7g/dL, VGM 70µ, Leucocytes = 7G/L dont 5G/L PNN et 1,5G/L lymphocytes; plaquettes = 500G/L CRP < 4mg/L Lors de l'OEGD il est retrouvé un ulcère gastrique antral unique sans hemorragie visible. Que faites vous ? (Jusqu'à 6 réponses)

A - Biopsie centrale de l'ulcère
B - Biopsie des marges de l'ulcère
C - Biopsies multiples en muqueuse saine
D - Recherche d'Hélicobacter pylori (histologie, culture, PCR)
E - Dosage ferritine plasmatique
F - Dosage transferine
G - Dosage fer serique
H - Dosage du recepteur libre de la transferine

QCM 5	Il s'agit d'un ulcère sans signe de malignité Helicobacter pilori positif. La ferritine est à 5ng/mL. Quel traitement proposez-vous ? (Jusqu'à 8 réponses)

A - Arret du tabac
B - Antibiothérapie par amoxiciline 5 jours puis clarithromycine et metronidazole 5 jours
C - Antibiothérapie par amoxiciline et clarithromycine ou metronidazole 14 jours
D - Inhibiteur de pompe à proton double dose pendant toute durée de l'antibiothérapie
E - Inhibiteur de pompe à proton double dose tant que la prise d'AINS est obligatoire
F - Inhibiteur de pompe à proton simple dose tant que la prise d'AINS est obligatoire
G - Supplémentation martiale orale pendant au moins 3 mois
H - Supplémentation en folate pendant 1 mois
I - Pas d'endoscopie de controle
J - Endoscopie de controle 4 semaines après fin du traitement
K - Remplacer les AINS par des inhibiteurs sélectifs de COX2 (coxib)

QCM 6	Vous revoyez le patient très géné par sa spondyloarthrite. Quelles sont les deux échelles spécifiques permettant d'évaluer l'activité de sa maladie ? (Jusqu'à 2 réponses)

A - EDSS
B - BASDAI
C - DAS28
D - HAQ
E - ASDAS
F - Rankin
G - IPSS
H - AGGIR

QROC 7	La maladie de fond du patient est très active et le patient ne peut plus utiliser les AINS pour se soulager. Quelle classe thérapeutique proposez-vous au patient ? (1 mot)

QROC 8	Quel(s) traitement(s) devez-vous prescrire au patient au préalable de la mise en route de la biothérapie par Anti-TNF alpha ? (molécule(s) + durée) Texte libre (2 à 5 mots)

QCM 9	Vous revoyez le patient à distance, les douleurs abdominales ont récidivées dès l'arrêt du traitement. L'EOGD de controle montre une persistance de la lésion. Quelles sont les causes d'echec thérapeutique dans l'ulcère gastro-duodénal ? (Jusqu'à 6 réponses)

A - Mauvaise observance du traitement
B - Persistance du/des facteurs favorisants (AINS, tabac..)
C - Maladie de Crohn
D - Resistance bactérienne
E - Syndrome de Zollinger-Ellison
F - Rectocolite hémorragique

QROC 10	Vous suspectez en fait une maladie de Crohn associée à sa spondylarthrite ankylosante. L'histologie gastrique n'est pas contributive. Quel examen complémentaire vous permettrait le plus probablement de poser le diagnostic ? (examen + geste(s) réalisé(s) pendant l'examen (1 à 2 mots + 2 mot) Texte libre (3 à 4 mots)

2 Corrigé



LE + : PREMIERE LECTURE, CONSEILS ET ASTUCES

- **Appréciation globale et difficulté du dossier clinique progressif :**
- Dossier mixte d'hépato-gastro et de spondyloarthropathie
- Difficulté : 1/3
- A classer en 1[ère] position parmi les 3 dossiers de l'épreuve
- **Zéros et mots clés à inscrire sur le brouillon :**
- Arrêt du tabac systématique
- ATCD d'ulcère = IPP au long cours si AINS obligatoires
- **Astuces, réflexes et pièges QCM / QROC :**
- Echec de ttt = TOUJOURS évoquer inobservance (avant resistance bactérienne)
- Connaitre (de nom) les echelles d'évaluations des principales pathologies
- Surtout quand elles comptent dans le choix thérapeutique (prescription biothérapie ou non)



GRILLE DE CORRECTION & COMMENTAIRES

		V F	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QCM 1	A -	V	4	• Pathologie fréquente : connaitre sémiologie par coeur • La douleur UGD n'irradie pas contrairement à : - Pancréatite : dos (transfixiante) - Cholecystite : épaule - Infarctus : machoire, épaule • L'horaire et la fluctuation avec les repas est un argument fort
	B -	V	4	
	C -	F	3	
	D -	V	3	
	E -	F	3	
	F -	V	4	
	G -	F	3	
	H -	V	3	
	I -	F	3	
QCM 2	A -	F	3	• L'implication du stress et l'alimentation n'a jamais été formellement démontré - Ne pas confondre avec ulcère de stress, dans le cadre d'un stress de réanimation (infarctus, choc septique..) • Rôle du tabagisme à ne pas sous-estimer • Campylobacter j. = cause de diarrhée dysentériforme • Ulcère Helicobacter négatif évoquer : - Zollinger-Ellison, Maladie de Crohn
	B -	V	4	
	C -	V	4	
	D -	V	4	
	E -	F	3	
	F -	V	4	
	G -	V	4	
	H -	F	4	
QCM 3	A -	F	4	• Si symptomatologie typique : EOGD systématique • Symptomatologie atypique : EOGD si patient > 45 ans, anémie, perte de poids .. • Ne pas oublier bilan-préthérapeutique (biopsie) : NFS et hémostase • Manométrie et pHmétrie se font dans le reflux gastro-oesophagien • Pas d'interêt de la sérologie en dehors études épidémio
	B -	V	5	
	C -	F	4	
	D -	F	4	
	E -	F	4	
	F -	V	5	
	G -	V	4	
QCM 4	A -	F	4	• Biopsie centrale de l'ulcère = nécrose = aucune aide diagnostique • Biopsie des berges pour éliminer un CANCER (même aspect macroscopique) • Recherche HP par biopsies (gold standard) : histologie +/- culture/PCR • On a une anémie microcytaire dans le cadre UGD : probable carence martiale • Recommandation HAS pour diagnostic carence martiale = FERRITINE SEULE • Attention : FAUX NEGATIF possible si Sd inflammatoire
	B -	V	5	
	C -	V	5	
	D -	V	4	
	E -	V	4	
	F -	F	4	
	G -	F	4	
	H -	F	4	

QCM 5	A -	V	3	• Nouvelles recommandation du ttt des UGD = thérapie séquentielle • La prise d'AINS est importante pour soulager le patient : - Protection gastrique par IPP simple dose au long cours - Relai par inhibiteurs sélectifs de COX2 : moins gastrotoxiques (en théorie..) • Ne pas oublier corriger la carence martiale + supplémentation folate initiale • Ulcère gastrique : controle endoscopique systématique (risque cancer) • Ulcère duodénale : Pas de controle car pas de risque cancerisation
	B -	V	3	
	C -	F	2	
	D -	V	3	
	E -	F	2	
	F -	V	3	
	G -	V	3	
	H -	V	3	
	I -	F	2	
	J -	V	3	
	K -	V	3	
QCM 6	A -	F	0	• Deux score d'activité de la SpA, rentrant dans décision thérapeutique - ASDAS (ankylosing spondylarthritis disease activity score) - BASDAI (bath ankylosing spondylarthritis disease activity index) • Polyarthrite rhumatoïde : DAS 28 • Hypertrophie benigne prostate : IPSS (international prostatic symptom score) • Sclérose en plaque : EDSS (expanded disability statue scale) • Autonomie gériatrique (groupe iso-ressource) : AGGIR • Qualité de vie : HAQ (Health assessment questionnaire) • Rankin : evaluation handicap (générique)
	B -	V	15	
	C -	F	0	
	D -	F	0	
	E -	V	15	
	F -	F	0	
	G -	F	0	
	H -	F	0	
QCM 9	A -	V	5	• L'échec thérapeutique est une situation fréquente en médecine • Toujours avoir plusieurs hypothèses pour l'expliquer • Toujours évoquer : NON-OBSERVANCE et persistance facteur favorisant (tabac..) • Pour l'ulcère : - Après avoir éliminé non observance : resistance bactérienne - Sd de Z-E : tumeur sécrétant de la gastrine : hyperacidité digestive - Crohn : provoque des ulcération "de la bouche à l'anus" • La rectocolite hemorragique ne dépasse pas le caecum
	B -	V	5	
	C -	V	5	
	D -	V	5	
	E -	V	5	
	F -	F	5	
				Total QCM

	Réponses	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QROC 7	• Biothérapie (ou Anti-TNF alpha)	30	• Biothérapie = nom de l'item = le mot clé • Anti-TNF alpha accepté quand même car biothérapie de 1ère intention • C'est le traitement de choix après echec des AINS et activité importante de la maladie
QROC 8	• Isoniazide • Rifampicine • 3 mois	10 10 10	• Le patient a un antécédent de tuberculose a priori non traité • Il faut traiter une TB latente sous risque de réactivation • 3 mois de bithérapie = gold standard • Attention interraction thérapeutique avec rifampicine (inducteur)
QROC 10	• Iléo-coloscopie • Biopsies • Etagées	15 10 5	• Examen principal pour diagnostic d'une MICI • Biopsies étagées et guidées par aspect macroscopique avec examen anatomopathologique • Le signe histologique principal à rechercher dans le Crohn est le granulome épithélioïde non nécrosant
		90	Total QROC



UE & ITEMS ABORDES

TYPE	ITEMS UE	ITEMS NUMERO	INTITULES
Question principale	8	269	Ulcère gastro-duodénal et gastrite
Questions accessoires	7 7 8	193 198 279	Spondylarthrite inflammatoire Biothérapies Maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI)



LE + : POUR MIEUX ASSIMILER

FICHE CONSENSUS (CONFERENCES DE CONSENSUS et RECOMMANDATIONS)	
Recommandation francaises 2012	**Antibiothérapie éradication Hélicobacter pylori**

En 1ère intention si patient jamais traité (absence de résistance supposée)

- Traitement séquentiel (10 jours)
  - pendant 10 jours : IPP pleine dose × 2 par jour
  - pendant 5 jours : amoxicilline 1 g × 2 par jour
  - pendant 5 jours : métronidazole 500 mg × 2 par jour ou tinidazole 400 mg × 2 par jour clarithromycine 500 mg × 2 par jour

En 2ème intention : si resistance ou échec du traitement séquentiel

- Quadrithérapies bismuthées (10 jours)
  - triple gélule :
    - × sous citrate de bismuth 140 mg, 3 gélules × 4 par jour
    - × métronidazole 125 mg, 3 gélules × 4 par jour
    - × tétracycline 125 mg, 3 gélules × 4 par jour
  - oméprazole 20, 1 comprimé matin et soir

Société Française de Rhumatologie 2014	**Recommandations pour la prise en charge des spondyloarthrites**

Terminologie :

- Le terme utilisé pour désigner l'ensemble de ces affections est "spondyloarthrites" et regroupe l'ensemble anciennement désigné par "spondyloarthropathies"

Evaluation de l'activité :

- Dans les formes axiales de la maladie il est recommandé d'utiliser le BASDAI (couplé à la CRP) et/ou l'ASDAS pour mesurer l'activité de la maldie, le BASFI pour mesurer le retentissement fonctionnel

Principes du traitement :

- L'objectif est d'améliorer la qualité de vie, de contrôler les symptômes et l'inflammation, de prévenir les dommages structuraux en particulier dans les atteintes périphériques, de préserver ou restaurer les capacités fonctionnelles, l'autonomie et la participation sociale des patients atteints de spondyloarthrite
  - -Outre les bénéfices attendus en termes de santé générale, l'arrêt du tabac devrait être proposé puisque son usage est associé à une activité et une sévérité plus marquées de la maladie.
  - -Les exercices à domicile, en particulier les auto-programmes sont efficaces, mais le traitement physique avec exercices supervisés, notamment avec balnéothérapie, individuellement ou en groupe, est à privilégier car plus efficace en cas de manifestations axiales
  - -Les AINS sont indiqués (en l'absence de contre-indication) en première ligne de traitement pharmacologique pour les patients avec une spondyloarthrite symptomatique
  - -Les anti-TNF devraient être proposés aux patients ayant une maladie dont l'activité est persistante malgré le traitement conventionnel

Notes personnelles

UE dossier clinique progressif N° 33

Une sombre histoire de globules

1 Enoncé

Vous voyez en urgence à l'hopital M. Lionel S., 75 ans, pour une intense douleur du genou gauche. Son genou gauche est rouge, chaud, augmenté de volume. Vous retrouvez un signe du glaçon. La mobilisation active et passive provoque une douleur insoutenable.
Le patient est fébrile (39,5°C), il s'agit de son premier épisode. La douleur a commencé brutalement au petit matin, reveillant le patient. Il ne rapporte aucun traumatisme récent. Il existe des adénopathies centimétriques indolores cervicales et axillaires. Le reste de l'examen physique est sans particularité.
Il n'a aucun antécédent particulier et ne prend pas de médicaments.

QROC 1	Quel est votre diagnostic clinique (sans préciser la localisation)? Texte libre (2 à 4 mots)

QCM 2	Quels les 2 diagnostics étiologiques à évoquer en priorité devant cette monoarthrite aigue fébrile? (Jusqu'à 2 réponses)

A - Arthrite infectieuse à pyogènes
B - Arthrite réactionnelle
C - Arthrite goutteuse
D - Arthrite à hydroxyapatite
E - Arthrite lupique
F - Polyarthrite rhumatoïde débutante
G - Arthrite candidosique

QROC 3	NFS : leucocytes = 30G/L dont 20G/L PNN. Hémostase normale Quel est l'examen que vous réalisez en urgence ? Texte libre (1 à 3 mots)

QCM 4	La ponction ramène un liquide purulent. Le bactériologiste vous appelle pour vous informer qu'il retrouve des bactéries à l'examen direct. Quels sont les 3 germes les plus fréquemment impliqués dans les monoarthrite infectieuses ? (Jusqu'à 3 réponses)

A - Brucella sp.
B - Staphylococcus sp.
C - Bordetella sp.
D - Chlamydiae sp.
E - Streptococcus sp.
F - Salmonella sp.
G - Bacilles gram négatifs
H - Candida sp.
I - Mycobacteries
J - Haemophilus sp.

QCM 5	Il s'agit de cocci gram positif. Quels traitements proposez-vous? (Jusqu'à 7 réponses)

A - Hospitalisation en urgence pour traitement
B - Traitement ambulatoire
C - Décharge stricte et immobilisation du genou
D - Antibiothérapie probabiliste par pénicilines A (amoxiciline) IV
E - Antibiothérapie probabiliste par pénicilines A (amoxiciline) orale
F - Antibiothérapie probabisliste par pénicilines M (oxaciline) IV
G - Antibiothérapie probabisliste par pénicilines M (oxaciline) orale
H - Antibiothérapie probabiliste par aminosides (gentamycine) IV
I - L'antibiothérapie doit être secondairement adaptée au germe
J - La durée totale de l'antibiothérapie est de 3 à 4 semaines
K - La durée totale de l'antibiothérapie est de 6 à 12 semaines
L - Antalgiques et antipyrétiques

QCM 6	Quels sont les réponses exactes concernant les radiographies standards dans l'arthrite ? (Jusqu'à 6 réponses)

A - Doit être bilatérale et comparative
B - Sont à répéter durant l'évolution
C - Peut être normal
D - Pincement diffus de l'interligne articulaire
E - Pincement localisé de l'interligne articulaire
F - Erosion épiphysaire
G - Ostéophytes
H - Condensation sous-chondrale
I - Déminéralisation sous chondrale

QROC 7	L'évolution articulaire est favorable. Vous revoyez le patient 3 mois plus tard, son articulation est indolore à la mobilisation active/passive, sans signe inflammatoire. La radiographie est restée normale pendant toute l'évolution. Votre oeil est néanmoins attiré par sa numération sanguine qui montre : Hb = 11g/dL; Leucocytes : 15G/L dont 4G/L PNN et 10G/L lymphocytes. Le biologiste vous informe reconnaitre des "ombres de Gumprecht" sur le frottis. Après interrogation de patient il se rappelle que son médecin traitant lui avait déja parlé d'un "nombre de globules blanc trop important" 1 an plus tot. Quel diagnostic évoquez-vous ? Texte libre (1 à 3 mots)

QCM 8	Vous suspectez une leucémie lymphoïde chronique. Quel bilan réalisez-vous ? (Jusqu'à 7 réponses)

A - Myélogramme
B - Biopsie ostéo-médullaire
C - Immunophénotypage des lymphocytes circulants
D - Caryotypage lymphocytaire
E - Electrophorèse des protéines plasmatiques
F - Biopsie ganglionnaire
G - Dosage LDH et béta2-microglobuline
H - TDM thoraco-abdo-pelvien injecté

QCM 9	Votre diagnostic est confirmé. Le patient est de classe Binet A. Il reconsulte 3 mois plus tard, très asthénique, dyspnéique au moindre effort. La NFS qu'il apporte montre : Hb = 7,2g/dL, VGM = 92µ; Leucocytes = 16G/L dont 12G/L lymphocytes; Plaquettes = 105G/L Quelles sont les 4 hypothèses diagnostiques principales concernant cette anémie ? (Jusqu'à 4 réponses)

A - Anémie hémolytique auto-immune
B - Anémie hémolytique mécanique (micro-angiopathie thrombotique)
C - Insuffisance médullaire
D - Iatrogène (chimiothérapie)
E - Erythroblastopénie auto-immune
F - Hypersplénisme
G - Anémie inflammatoire
H - Anémie par carence martiale

QCM 10	**Vous traitez de façon adaptée cette anémie. Vous revoyez le patient 4 ans plus tard, il était perdu de vue depuis. Il reconsulte pour une altération majeure de l'état général, une fièvre nocturne et l'apparition d'une adénopathie cervicale droite de 3cm. Quelle complication de sa pathologie de fond redoutez-vous ? (Jusqu'à 1 réponse)**

A - Leucémie aigue myéloïde
B - Leucémie aigue lymphoïde
C - Lymphome à grandes cellules B (Sd de Richter)
D - Lymphome associé aux muqueuse (MALT)
E - Lymphome de Burkitt
F - Maladie de Waldenström
G - Lymphome cutané (Sd de Sézary)

2 Corrigé



LE + : PREMIERE LECTURE, CONSEILS ET ASTUCES

- **Appréciation globale et difficulté du dossier clinique progressif :**
  - Dossier d'arthrite septique et de LLC déja tombés à l'internat !
  - Difficulté : 3/3
  - A classer en 3ème position parmi les 3 dossiers de l'épreuve
- **Zéros et mots clés à inscrire sur le brouillon :**
  - Arthrite fébrile = SEPTIQUE jusqu'à preuve du contraire
  - Pas de myélogramme dans une LLC
- **Astuces, réflexes et pièges QCM / QROC :**
  - Une antibiothérapie est probabiliste en ciblant les germes les plus fréquents (Staph)
  - Etre précis et complet dans les QROC :

  → aigu/chronique; Fébrile; sévère; coté; mono/oligo/poly



GRILLE DE CORRECTION & COMMENTAIRES

		V F	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QCM 2	A -	V	15	• Devant une mono-arthrite aigue fébrile il faut évoquer deux diagnostics : -Arthrite septique à pyogène : car le plus grave (décès/destruction articulation) -Arthrite microcristaline : car le plus fréquent • Chez le sujet agé masculin, la goutte est le rhumatisme cristalin de loin le plus fréquent • Une polyarthrite rhumatoïde débutant par une mono-arthrite fébrile est possible mais inhabituelle
	B -	F	0	
	C -	V	15	
	D -	F	0	
	E -	F	0	
	F -	F	0	
	G -	F	0	
QCM 4	A -	F	0	• La connaissance des germes impliqués est fondamentale • Car l'antibiothérapie est probabiliste en attente de la documentation • Donc cible ces germes : -Staphylocoque le + fréquent (60 à 80%) : origine cutanée -Puis BGN (E. coli, 20% des cas) : origine urinaire ou digestive -Puis Streptocoque (10%) : origine dentaire ou digestive -Ensuite : ne pas oublier le gonocoque (si FDR d'IST) -Les mycobactéries sont plus rares, les levures encore plus
	B -	V	10	
	C -	F	0	
	D -	F	0	
	E -	V	10	
	F -	F	0	
	G -	V	10	
	H -	F	0	
	I -	F	0	
	J -	F	0	
QCM 5	A -	V	3	• La prise en charge est une urgence : risque vital et fonctionnel articulaire • Décharge immédiate pour préserver l'articulation • Antibiothérapie active sur le Staph (et strept et BGN) et parentérale : -Penicilines M : contre le staphylocoque -Aminosides : Bactéricidie rapide et spectre élargi -Relai per-os après normalisation du Sd inflammatoire (10-15 jrs) -Durée prolongée : 6 semaine en tout • Ne jamais oublier les antalgiques (affection très douloureuse)
	B -	F	2	
	C -	V	3	
	D -	F	2	
	E -	F	2	
	F -	V	3	
	G -	F	2	
	H -	V	3	
	I -	V	3	
	J -	F	2	
	K -	V	3	
	L -	V	2	

QCM 6	A -	V	3	• Les radiographies sont TOUJOURS bilatérales et comparatives • Dans l'arthrite : -NORMALE au début -Elles le restent si le traitement est efficace (les répéter!) -Les signes radiologiques sont à opposer à ceux de l'arthrose
	B -	V	4	
	C -	V	4	
	D -	V	4	
	E -	F	3	
	F -	V	3	
	G -	F	3	
	H -	F	3	
	I -	V	3	
QCM 8	A -	F	3	• Dans la LLC les cellules tumorales sont dans le SANG • Aucun interet du myelogramme (résultats identiques) • Pas d'atteinte ganglionnaire dans la LLC (≠lymphome) -Immunophénotypage des lymphocytes circulant pose le diagnostic -Caryotype = interet pronostic -LDH et Béta2-microglobuline : pour le diagnostic et suivi -Electrophorèse des protéines : recherche hypogammaglobulinémie (fréquente)
	B -	F	3	
	C -	V	4	
	D -	V	4	
	E -	V	4	
	F -	F	4	
	G -	V	4	
	H -	F	4	
QCM 9	A -	V	7,5	• Anémie fréquente dans la LLC : souvent plurifactorielle -Erythroblastopénie = destruction auto-immune des précurseurs des GR -Anémie hémolytique auto-immune : complication fréquente de la LLC -Insuffisance médullaire : comme dans toutes les hémopathies -Hypersplénisme : Associée à une thrombopénie • VGM normal : élimine une anémie par carence martiale (sauf si mixte) • Pas de syndrome inflammatoire dans LLC sauf complication
	B -	F	0	
	C -	V	7,5	
	D -	F	0	
	E -	V	7,5	
	F -	V	7,5	
	G -	F	0	
	H -	F	0	
QCM 10	A -	F	0	• Les cellules de LLC (=lymphoïdes) sont "trop" différenciées pour donner des cellules leucémiques • Contrairement aux Sd myeloprolifératifs (=cellules myéloïdes) → LAM • Le risque est une transformation en lymphome à grandes cellules B caractérisée par : -Apparition d'une adénopathie unique (contenant le lymphome = à biopsier) -Altération de l'état général +/- fièvre -Augmentation des LDH -Le pronostic est très réservé (ttt = polychimiothérapie)
	B -	F	0	
	C -	V	30	
	D -	F	0	
	E -	F	0	
	F -	F	0	
	G -	F	0	
			210	**Total QCM**

	Réponses	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QROC 1	- Mono	5	• On ne parle jamais d'arthrite sans mono/oligo(2-3)/poly(>3)
	- Arthrite	10	• Le caractère aigu (<2 semaines) (2-6 subaigu; >6 chronique)
	- Aigue	10	• Fébrile
	- Fébrile	5	• Chacun est important pour l'enquête étiologique
QROC 3	- Ponction	15	• "Tout épanchement articulaire fébrile doit être ponctionné"
	- Articulaire	15	• Le diagnostic microbiologique est indispensable
			• Analyse bactéro/cyto/bioch/cristaux
QROC 7	- Leucémie	10	• Sujet agé + hyperlymphocytose > 3 mois
	- Lymphoïde	10	• Ombres de Gumprecht (lymphocytes fragilisés; evocatrices!)
	- Chronique	10	• Pathologie fréquente, à savoir évoquer
		90	**Total QROC**



UE & ITEMS ABORDES

TYPE	ITEMS		INTITULES
	UE	NUMERO	
Question principale	6	153	Infection ostéo-articulaire de l'enfant et l'adulte
Questions accessoires	9	315	Leucémies lymphoïdes chroniques
	7	209	Anémie chez l'enfant et l'adulte



LE + : POUR MIEUX ASSIMILER

FICHE DE SYNTHESE
(POINTS CLES UE POUR MIEUX REPONDRE AUX DOSSIERS CLINIQUES PROGRESSIFS)

La leucémie lymphoïde chronique :

- Définition et épidémiologie :
  - -Prolifération monoclonale de cellules lymphoïdes : lymphocytes B matures
  - -Hémopathies chronique et de bas grade (longue évolution; compatible avec survie prolongée)
  - -Hémopathie de l'adulte la plus fréquente
  - -Touche le sujet agé (age moyen = 65 ans)
- Diagnostic positif:
  - -Immunophénotypage des lymphocytes circulants retrouve :
  - -Lymphocytes B matures (CD19+/CD20+)
  - -Monoclonalité (=prolifération d'un même clone)
  - -Score de Matutes (=score diagnostic, à ne pas savoir par coeur) >=4/5
- Diagnostic du retentissement :
  - -Electrophorèse des protéines plasmatiques : recherche hypogammaglobulinémie (fréquente)
  - -Bilan d'hémolyse : haptoglobine/bilirubine/test de Coombs + test d'élution
  - -LDH et béta2-microglobuline : interêt pronostic et pour le suivi
  - -Caryotype lymphocytaire : anomalies chromosomiques = interêt pronostic majeur (délétion 11q et 17p)
- Complications :
  - -Infection : Immunodépréssion secondaire à l'hypogammaglobulinémie → infection à germes encapsulés
  - -Anémie hémolytique auto-immune / thrombopénie auto-immune
  - -Insuffisance médullaire
  - -Hyperuricémie symptomatique ou non : pas de ttt si asymptomatique
  - -Augmentation du risque de cancer solide, surtout cutané (y penser !)
  - -Iatrogène : si traitement
  - -Transformation en lymphomes à grandes cellules B (Sd de Richter) = grave
- Pronostic et traitement :
  - -Classification de Binet (à savoir) :
    - Binet A : < 3 aires ganglionnaires / Hb >10 et plaquettes > 100G/L : bon pronostic
    - Binet B : >= 3 aires ganglionnaires / Hb >10g/dL et plaquettes > 100G/L : pronostic intermédiaire
    - Binet C : Hb < 10g/dL OU plaquettes < 100G/L : mauvais pronostic
  - -Autres : LDH et béta-microglobulines / terrain / caryotype / temps de doublement lymphocytaire
  - -On ne traite que les stades C : stades A et B = ABSTENTION THERAPEUTIQUE et ttt symptomatique
  - -Si hypogamma : perfusion de gammaglobulines

UE dossier clinique progressif N° 34

Et une bouteille d'rhum

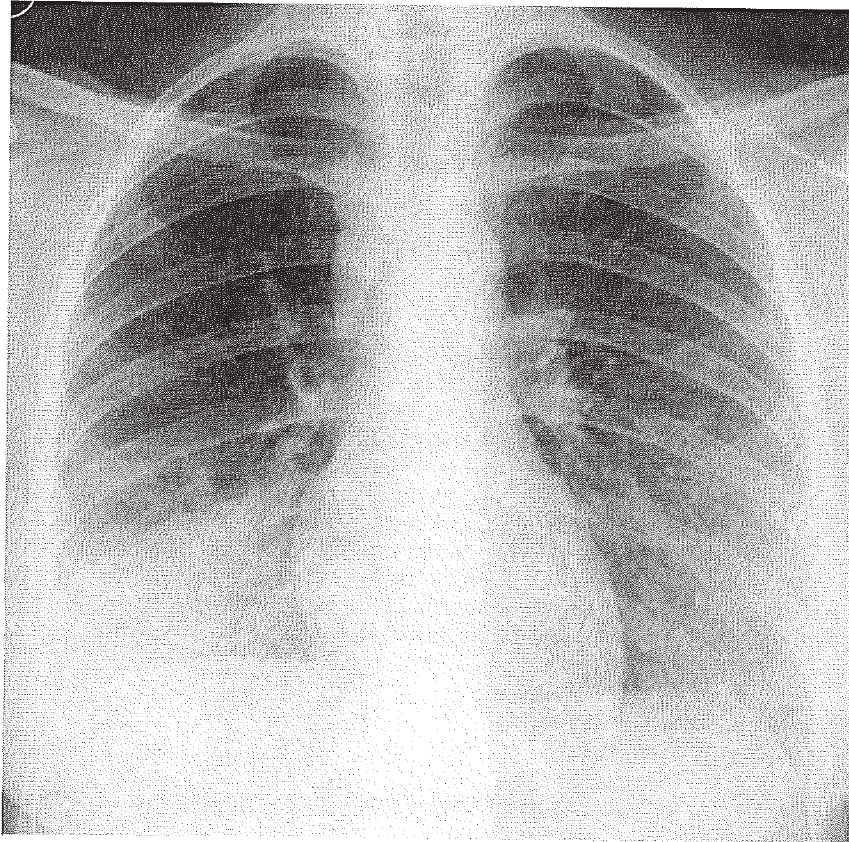
1 Enoncé

Vous examinez pour la première aux urgences M. Vincent G., il s'agit d'un SDF retrouvé inconscient par les pompiers dans la rue. Ses papiers indique qu'il a 47 ans. Il s'agit d'un patient dans un état d'hygiène catastrophique, présentant une ecchymose péri-orbitaire droite. Son haleine est franchement éthylique. Il est fébrile à 38,8°C, sa pression artérielle est à 164/94, la fréquence cardiaque à 94/min et la saturation à 88% en air ambiant. Le patient ouvre les yeux à la stimulation douloureuse, pousse votre main quand vous le pincez et marmonne des mots incompréhensible quand vous le stimulez. Les bruits du coeurs sont réguliers, rapides, sans souffle. L'auscultation est difficilement interprétable avec des ronchis diffus et quelques crépitants en base droite. Il présente un hippocratisme digital et une leuconychie, son abdomen présentes de multiples veines superficielles distendues. Vous ne retrouvez pas d'anomalie évidente de l'examen neurologique mise à part des troubles de la conscience.

QROC 1	**Calculez le score de Glasgow. Texte libre (1 à 2 chiffre(s))**

QCM 2	**Quels sont les causes à évoquer devant des troubles de la conscience chez un patient alcoolique? (Jusqu'à 7 réponses)**

A - Traumatisme cranien
B - Hypoglycémie
C - Encéphalopathie hépatique
D - Délirium Tremens
E - Méningo-encéphalite infectieuse
F - Intoxication alcoolique aigue
G - Etat de mal épileptique



QCM 3	Le dextro est à 0,35g/L. Vous ne retrouvez pas de signe de syndrome méningé. L'alcoolémie est à 2,5g/L. La radiographie du thorax vous est présentée. La NFS retrouve : Hb = 14g/dL; leucocytes = 14G/L dont 92% de PNN; plaquettes = 120G/L La CRP est à 123mg/L. Le ionogramme montre : Na+ : 137mM; K+ : 5,8mM; Cl- : 99mM; HCO3- : 20mM; créatinine : 78µM; urée : 5mM Gaz du sang : pH : 7,32; PO2 : 58mmHg; PCO2 : 32mmHg; HCO3- : 20mM Quel est votre / vos diagnostic(s) ? (Jusqu'à 7 réponses)

A - Hypoglycémie
B - Hypoxémie avec effet shunt
C - Hypoxémie avec hypoventilation alvéolaire
D - Acidose métabolique
E - Acidose respiratoire
F - Probable pneumopathie d'inhalation
G - Intoxication alcoolique aigue
H - Hyperkaliémie
I - Traumatisme cranien grave

QCM 4	Quelles sont vos 4 hypothèses pour expliquer l'acidose chez ce patient avec une pneumopathie d'inhalation et une intoxication alcoolique aigue? (Jusqu'à 4 réponses)

A - Acidose lactique
B - Acido-cétose alcoolique
C - Vomissements importants
D - Altération des échanges gazeux secondaire à la pneumopathie
E - Rhabdomyolyse
F - Intoxication au CO
G - Co-intoxication au méthanol (alcool artisanal de basse qualité)
H - Hyperaldostéronisme secondaire à une deshydratation

QCM 5	Les lactates sont à 1,0mM, les dérivés cétoniques sanguins sont élevés. Les CPK sont modérément élevés à 3N. La méthanolémie est négative. L'ECG est normal. Le TDM cérébral non injecté réalisé dans l'hypothèse d'un hématome extra-dural est normal. Quels traitement mettez-vous en route ? (Jusqu'à 6 réponses)

A - Resucrage par soluté glucosé seul IV
B - Resucrage par soluté glucosé et 1 gramme de vitamine B1 IV
C - Hyperhydratation par serum salé isotonique
D - Hyperhydratation par serum glucosé
E - Antibiothérapie par fluoroquinolones IV
F - Antibiothérapie par amoxiciline IV
G - Antibiothérapie par amoxiciline + acide clavulanique IV
H - Oxygénothérapie
I - Antalgique et antipyrétique de type paracétamol IV
J - Kayexalate en lavement rectal

QROC 6	L'évolution est favorable sous traitement adapté. Le Glasgow du patient s'améliore rapidement avec le resucrage réalisé en urgence avec injection de vitamine B1. Vingt-quatre heure après le début de votre prise en charge, alors que l'état du patient s'améliorait, l'infirmière vous appelle pour un état d'agitation importante. Le patient, désorienté, en sueurs, vous implore de l'aider à se débarasser "des hyènes cherchant à le dévorer". Quel diagnostic évoquez-vous ? Texte libre (1 à 3 mots)

QCM 7	Votre prise en charge de son délirium tremens est adaptée et l'état du patient s'améliore. Quel sont les items à évaluer dans toute addiction ? (Jusqu'à 5 réponses)

A - Consommation (quantité consommée)
B - Dépendance (questionnaire DETA pour l'alcool)
C - Motivation (à arrêter la substance)
D - Terrain (Co-addiction, trouble psychiatriques)
E - Complications (Cirrhose ..)

QCM 8	Quels sont les 4 marqueurs biologiques évoquant une sur-consommation d'alcool. (Jusqu'à 4 réponses)

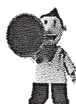
A - Augmentation des gamma-GT
B - Augmentation des phosphatases alcalines
C - Augmentation de la créatininémie
D - Cytolyse hépatique prédominante sur les ALAT
E - Cytolyse hépatique prédominante sur les ASAT
F - Augmentation du VGM
G - Baisse du VGM
H - Augmentation de la CDT (carbohydrate deficient transferine)

QCM 9	Quelles sont les principales complication de l'éthylisme chronique ? (Jusqu'à 8 réponses)

A - Cirrhose hépatique
B - Diabète de type 2
C - Hypertension artérielle
D - Polyneuropathie
E - Anémie hémolytique
F - Pancréatite aigue
G - Epilepsie
H - Infections
I - Cancer du poumon
J - Cancer de l'oesophage

QROC 10	Vous revoyez le patient quelques années plus tard, il vous reconnait très bien. Il a plaisir à se remémorer avec vous les soirées de votre jeunesse, quand vous faisiez les 400 coups dans la belle ville de Dax. Au fur et à mesure de l'entretien il ne se souvient plus des anciennes questions et a tendance à se répéter. Quel diagnostic évoquez-vous ? Texte libre (1 à 3 mots)

2 Corrigé



LE + : PREMIERE LECTURE, CONSEILS ET ASTUCES

- **Appréciation globale et difficulté du dossier clinique progressif :**
  - Dossier très difficile alliant intoxication, troubles acido-basiques et hydro-electrolytique, pneumopathie, alcoolisme : nécéssite une bonne syntèse entre les différents items
  - Difficulté : 3/3
  - A classer en 3ème position parmi les 3 dossiers de l'épreuve
- **Zéros et mots clés à inscrire sur le brouillon :**
  - Alcoolique aux urgences = Hyperhydratation par NaCl 9g/L et 1gr de vitamine B1
  - Evoquer le Délirium Tremens en cas de sevrage
  - Pas de médicament hépatotoxique chez cirrhotique
- **Astuces, réflexes et pièges QCM / QROC :**
  - Procéder par élimination
  - Eliminer les étiologies impossibles, PUIS les moins probables, puis il reste les réponses finales



GRILLE DE CORRECTION & COMMENTAIRES

		V F	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QCM 2	A -	V	4	• Le patient éthylique chronique est à risque d'une ribambelle de complications • L'intoxication alcoolique aigue doit rester un diagnostic d'EXCLUSION !! • Au risque de passer à coté d'une urgence médicale ou neurochirurgicale • Le scanner est à réaliser au moindre doute (voire systématiquement) car l'examen neuro n'est pas fiable
	B -	V	4	
	C -	V	5	
	D -	V	4	
	E -	V	5	
	F -	V	4	
	G -	V	4	
QCM 3	A -	V	4	• Il suffit d'analyser les données (et connaitre les définitions), question simple • Probable pneumopathie d'inhalation : Sd alvéolaire du lobe inférieur droit chez patient avec troubles de la conscience • RADIO : atteinte du LID et non du LMD car on voit le bord latéral du coeur (signe de la silhouette) l'opacité est donc en ARRIERE du coeur • Définition du TC grave : TC avec glasgow <= 8 (quelque soit circonstances) • L'hypoventilation alvéolaire = hypoxémie + hypercapnie
	B -	V	4	
	C -	F	3	
	D -	V	3	
	E -	F	3	
	F -	V	4	
	G -	V	3	
	H -	V	3	
	I -	F	3	
QCM 4	A -	V	7,5	• Question difficile : procéder par élimination -Acidose METABOLIQUE (bicarbonates bas) à trou anionique élevé (18) -Acidose lactique : sepsis sévère -Acido-cétose alcoolique : accumulation de corps cétonique -Rhabdomyolyse : secondaire coma, relargage acides cellulaires -Intox au méthanol : fréquent si alcool dénaturé ou mauvaise qualité • Impossibles : -Vomissements + hyperaldostéronisme = causes d'ALCALOSE • Peu probable : -Intoxication au CO (patient retrouvé en extérieur), et l'acidose est due aux lactates
	B -	V	7,5	
	C -	F	0	
	D -	F	0	
	E -	V	7,5	
	F -	F	0	
	G -	V	7,5	
	H -	F	0	

QCM 5	A -	F	3 (-20 si V)	• Chez OH : PAS de glucose sans vitamine B1 : risque encéphalopathie de Gayet Wernicke +++ (-20 points si A = vraie) • Prévention du DT : Hyperhydratation pas sérum salé isotonique • On "hydrate" PAS avec du serum glucosée : on apporte de l'eau libre qui sera pissée (sauf si deshydratation intra-cellulaire) • Antibiothérapie Pneumopathie inhalation = active sur anaérobie -Amox + clavulanate OU ceftriaxone + métronidazole • CONTRE INDICATION hépatotoxique (paracétamol) chez cirrhotique .. • Hyperkaliémie à traiter sans urgence (pas de signe ECG, sera corrigée ac ttt acidose)
	B -	V	3	
	C -	V	3	
	D -	F	3	
	E -	F	3	
	F -	F	3	
	G -	V	3	
	H -	V	3	
	I -	F	3 (-20 si V)	
	J -	V	3	
QCM 7	A -	V	6	• La prise en charge d'une addiction est GLOBALE et pluridisciplinaire • Il faut évaluer ces items pour adapter la prise en charge du patient -Adapter à la dépendance et consommation (addictoloytique) -Adapter à la motivation (choix d'une date, CONTRAT thérapeutique) -Adapter au patient, ses comorbidité (psy++)
	B -	V	6	
	C -	V	6	
	D -	V	6	
	E -	V	6	
QCM 8	A -	V	7,5	• Marqueurs biologiques +/- sensibles et spécifiques • Le plus sensible/spécifique = CDT (dès 6verres d'alcool/j) • Dans l'alcoolisme/insuffi cardiaque/stéatose la cytolyse prédomine sur les ASAT (dans les livres du moins ..)
	B -	F	0	
	C -	F	0	
	D -	F	0	
	E -	V	7,5	
	F -	V	7,5	
	G -	F	0	
	H -	V	7,5	
QCM 9	A -	V	3	• Bien connaitre les complications (à rechercher devant un patient) de l'alcoolisme • Une des première cause d'HTA secondaire = alcoolisme !! • Susceptibilité infection/polyneuropathie/pancréatite ... classiques ! • Pas d'association au cancer du poumon (alcool/amiante)
	B -	F	3	
	C -	V	3	
	D -	V	3	
	E -	F	3	
	F -	V	3	
	G -	V	3	
	H -	V	3	
	I -	F	3	
	J -	V	3	
			210	**Total QCM**

	Réponses	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QROC 1	- 9 (neuf)	30	• Visuel : ouverture à la douleur (2) • Verbal : Réponse incompréhensible (2) • Moteur : réponse adaptée à la douleur (5) • Somme = 9 : > 8 donc pas un coma proprement dit
QROC 6	- Delirium - Tremens	15 15	• Notion de sevrage alcoolique très récent • Agitation + Sd confusionnel • La présence de zoopsies est TRES évocatrice • Le diagnostic est une urgence : RISQUE VITAL++
QROC 10	- Syndrome (de) - Korsakoff	5 25	• Une des complications de l'alcoolisme chronique • Destruction des corps mamillaires (mémorisation) • Amnésie antérograde • Fausses reconnaissances et affabulations • Anosognosie
		90	**Total QROC**



UE & ITEMS ABORDES

TYPE	ITEMS		INTITULES
	UE	NUMERO	
Question principale	11	332	Principales intoxications aigues
Questions accessoires	3	74	Addiction à l'alcool
	8	276	Cirrhose et complications
	6	151	Infections broncho-pulmonaires de l'enfant et l'adulte



LE + : POUR MIEUX ASSIMILER

FICHE DE SYNTHESE
(POINTS CLES UE POUR MIEUX REPONDRE AUX DOSSIERS CLINIQUES PROGRESSIFS)

Les complications neurologiques de l'alcoolisme :
Le délirium tremens :

- Définition et symptomes :
  - -Syndrome de sevrage à l'alcool, il s'agit d'une situation grave
  - -Le sevrage à l'alcool est le seul sevrage pouvant entrainer le décès (≠cocaïne, héroïne..)
- Il associe :
  - -Etat confuso-onirique avec désorientation Temporo-spatiale, hallucinations (zoopsies++)
  - -Agitation et troubles du comportement; Insomnies
  - -Tremblements
  - -Trouble de l'équilibre / dysarthrite
  - -Epilepsie
  - -Signes de gravité (=indication de prise en charge en réanimation) :
  - -Fièvre
  - -Tachycardie et instabilité tensionnelle
  - -Sueurs profuses
  - -Deshydratation (pli cutanée, soif)
- Prise en charge :
  - -En réanimation si nécéssaire, en hospitalisation (en urgence) de toute façon !
  - -Hyperhydratation par sérum salé isotonique (4 à 6L/jrs)
  - -Vitaminothérapie B1 + B3 + B6 IV
  - -Sédatif : Benzodiazépine (diazépam) ou neuroleptique sédatif (loxapac)
  - -Surveillance rapprochée ++

Encéphalopathie de Gayet-Wernicke :

- Définition et symptomes :
  - -Souffrance cérébrale liée à une carence en vitamine B1
  - -La vitamine B1 est indispensable à la glycolyse (glucose = seul carburant des neurones)
  - -Touche les alcooliques (ou non alcooliques) DÉNUTRIS
- Triade clinique :
  - -Sd confusionnel
  - -Sd cérébelleux
  - -Troubles oculomoteurs (nystagmus, paralysie du VI..)
- Diagnostic par dosage vitamine B1 (avant perfusion de vitamine..)
- Prise en charge :
  - -Vitaminothérapie B1 (1g dans la perfusion) + B3 et B6
  - -Perfusions de glucosé seulement APRES recharge vitaminique (sauf hypoglycémie)
  - -(car neurone utilisant des corps cétonique; si glucose augmente baisse des corps cétonique, hors le neurone ne peut utiliser le glucose → mort neuronale)

Syndrome de Korsakoff :

- Définition et symptomes :
  - -Secondaire à la lésion des corps mamillaires impliqués dans la mémorisation
- Etiologies :
  - -Carence en vitamine B1 : évolution d'une encéphalopathie de Gayet-Wernicke
  - -Encéphalite herpétique (séquelle)
  - -Infarctus ou tumeur locale

- Triade clinique :
  -Amnésie antérograde (+rétrograde)
  -Fabulation et fausse reconnaissance
  -Anosognosie
- Diagnostic par dosage vitamine B1 (avant perfusion de vitamine..)
- Prise en charge :
  -Vitaminothérapie B1 (1g dans la perfusion) + B3 et B6
  -Perfusions de glucosé seulement APRES recharge vitaminique (sauf hypoglycémie)
  -(car neurone utilisant des corps cétonique; si glucose augmente baisse des corps cétonique, hors le neurone ne peut utiliser le glucose → mort neuronale)

Autres :
Epilepsie alcoolique
Atrophie cérébelleuse
Encéphalopathie de Marchiafava-Bignami

Notes personnelles

UE dossier clinique progressif N° 35

Le petit François a des taches rouges

1 Enoncé

Le petit François, 7 ans, est amené par ses parents en fin de journée. Ils ont remarqué la présence de taches rouges disséminées sur la peau de leur fils. C'est le premier épisode du genre. Ce garçon n'a aucun antécédent, ses vaccins sont à jours et sa croissance staturo-pondérale est dans les normes. Il n'y a pas de notion de contage.
Ces taches ne s'éffacent pas à la vitropression. Ces taches sont infiltrées, polymorphes et prédominantes aux membres inférieurs.

QROC 1	**Quel est votre diagnostic clinique ? Texte libre (1 à 3 mots)**

QCM 2	**Quels sont les 3 éléments à rechercher qui vous feraient fortement évoquer un purpura fulminans ? (Jusqu'à 3 réponses)**

A - L'existence d'une fièvre
B - Une atteinte des muqueuses
C - Une atteinte des extrémités
D - L'existence d'au moins une lésion nécrotique >= 3mm
E - Le caractère douloureux des lésions
F - L'extension rapide des lésions
G - Absence de vaccination méningocoque
H - Vaccination récente

QCM 3	**Dans le cas où ces 3 critères étaient présents, quelle serait votre prise en charge ? (Jusqu'à 8 réponses)**

A - Urgence thérapeutique
B - Isolement goutelette
C - Hémoculture aéro-anaérobie
D - Antibiothérapie en urgence par amoxiciline per os
E - Antibiothérapie en urgence par amoxiciline IV
F - Antibiothérapie en urgence par C3G orale
G - Antibiothérapie en urgence par C3G IV
H - La posologie est de 150mg/kg
I - La posologie est de 50mg/kg
J - Remplissage vasculaire
K - Corticothérapie (dexamethasone) IV
L - Déclaration obligatoire à l'ARS

QROC 4	**Ces 3 critères sont en fait absents. Les constantes sont sans particularité. L'enfant se plaint de douleurs abdominales diffuses, sans diarrhée associée. Il se plaint également de douleurs des chevilles, des coudes, des poignets et des genoux. Quel diagnostic étiologique évoquez-vous chez cet enfant ? Texte libre (1 à 3 mots)**

QCM 5	Vous pensez à un purpura rhumatoïde. Quels sont les 2 examens complémentaires que vous prescrivez à cet enfant ? (Jusqu'à 2 réponses)

A - NFS-plaquettes
B - TP-TCA
C - Biopsie cutanée
D - Dosage des IgA sériques
E - Electrophorèse des protéines plasmatiques
F - Sérologie VIH
G - Sérologie VHB
H - Coproculture
I - Bandelette urinaire
J - Hémoculture
K - Ponction lombaire

QCM 6	La NFS et la BU sont toutes les deux normales. Il est en fait réalisée une biopsie cutanée, quels signes histologiques vous attendez-vous à retrouver ? (Jusqu'à 4 réponses)

A - Vascularite leucocytoclasique
B - Amas de polynucléaires neutrophiles
C - Hyperkératose parakératosique
D - Dépot capillaire d'IgG
E - Dépot capillaire d'IgM
F - Dépot capillaire d'IgA
G - Dépot d'immuglobulines linéaire au niveau de la jonction dermo-épidermique
H - Dépot d'immunoglobulines kératinocytaire
I - Dysjonction dermo-épidermique

QROC 7	Le diagnostic de purpura rhumatoïde est posé. Le patient rentre à la maison avec un traitement symptomatique. Quel est l'élément indispensable de votre surveillance régulière ? (2 mots)

QROC 8	L'enfant revient 2 semaines plus tard. Les douleurs abdominales, après un interval libre les douleurs sont de retour depuis 4 jours, beaucoup plus importantes qu'avant. L'enfant ne présente ni selle ni gaz depuis le début des douleurs. Quel est votre diagnostic clinique ? (2 mots)

QCM 9	Quel diagnostic étiologique vous parait le plus probable devant ce syndrome occlusif ? (Jusqu'à 1 réponses)

A - Corps étranger
B - Occlusion sur bride
C - Iléus biliaire
D - Volvulus du sigmoïde
E - Invagination interstinale aigue
F - Syndrome d'Olgivie
G - Cancer colo-rectal
H - Iléus paralytique
I - Corps étranger
J - Occlusion sur bride

QCM 10	Il s'agit en toute probabilité d'un syndrome occlusif secondaire à une invagination intestinale aigue. Quelles sont les réponses exactes dans le cas présent ? (Jusqu'à 4 réponses)

A - Il s'agit probablement d'une forme iléo-caecale
B - Il s'agit probablement d'une forme iléo-iléale
C - Il s'agit probablement d'une forme iléo-colique
D - Une échographie devra être réalisée
E - Un scanner devra être réalisé
F - Le signe radiologique diagnostic est une image en cocarde
G - Le signe radiologique diagnostic est une image en anse de seau
H - Le traitement à réaliser en urgence est un lavage en hydrosoluble
I - Le traitement à réaliser en urgence est chirurgical
J - Le traitement est une simple surveillance

2 Corrigé



LE + : PREMIERE LECTURE, CONSEILS ET ASTUCES

- **Appréciation globale et difficulté du dossier clinique progressif :**
  - Dossier assez classique de purpura rhumatoïde compliqué
  - Difficulté : 1/3
  - A classer en 1ère position parmi les 3 dossiers de l'épreuve
- **Zéros et mots clés à inscrire sur le brouillon :**
  - Purpura = recherche de fièvre
  - Purpura fébrile ou extensif ou nécrotique = ceftriaxone IV
- **Astuces, réflexes et pièges QCM / QROC :**
  - Savoir analyser une situation clinique et répondre simplement
  - Rassembler les symptomes en syndrome(s)



GRILLE DE CORRECTION & COMMENTAIRES

		V F	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QCM 2	A -	V	10	• Le purpura fulminans est une des plus grande urgence médicale • Sa connaissance doit être parfaite (tombé 2 fois à l'ECN) • Tout purpura fébrile est un PF jusqu'à preuve du contraire • L'extension rapide des lésion et la présence d'un élément nécrotique >=3mm -Antibiothérapie en urgence (au cabinet si généraliste) -Appel du SAMU et centre hospitalier (préparation/isolement)
	B -	F	0	
	C -	F	0	
	D -	V	10	
	E -	F	0	
	F -	V	10	
	G -	F	0	
	H -	F	0	
QCM 3	A -	V	3	• Le traitement est consensuel donc SUJET A EXAMEN : -On réalise des hémocultures -SANS RETARDER ATB (si pas déja fait) -C3G IV (ceftriaxone ++) : POSO à savoir -Ne pas oublier mesures associée : déclaration/isolement -Pas de corticothérapie dans méningite enfant à méningocoque (pneumocoque et haemophilus) • Possible si Sd de Waterhouse-Friedricksen (nécrose hémorragique bilatérale des surrénales sur CIVD)
	B -	V	3	
	C -	V	3	
	D -	F	2	
	E -	F	2	
	F -	F	2	
	G -	V	3	
	H -	F	2	
	I -	V	3	
	J -	V	3	
	K -	F	2	
	L -	V	2	
QCM 5	A -	V	15	• Le diagnostic du PR est CLINIQUE • Ces 2 examens (recommandés par le collège de pédiatrie) sont utiles pour : -Eliminer les diagnostics différentiels : NFS-p (purpura thrombopénique) -Rechercher une complication grave : BU (néphropathie glomérulaire) • Autres examens pas indispensables (biopsie cutanée = invasif pour un enfant)
	B -	F	0	
	C -	F	0	
	D -	F	0	
	E -	F	0	
	F -	F	0	
	G -	F	0	
	H -	F	0	
	I -	V	15	
	J -	F	0	
	K -	F	0	

QCM 6	A -	V	5	• Question difficile : procéder par élimination avec ce qu'on sait • Il s'agit d'une vascularite -Leucocytoclasique = infiltration péri-vasculaire de lymphocyte (aspécifique) -Dépot capillaire d'immunoglobuline A • La glomérulonéphrite du PR est en fait une néphropathie à dépot d'IgA • Autres signes histo = psoriasis ou dermatose bulleuse
	B -	F	3	
	C -	F	2	
	D -	F	3	
	E -	F	3	
	F -	V	5	
	G -	F	3	
	H -	F	3	
	I -	F	3	
QCM 9	A -	F	0	• Devant syndrome occlusif toujours réfléchir de la même façon : -Haut ou bas (grêle ou colique) -Mécanisme : strangulation, obstacle .. -Etiologie : Cancer (le plus fréquent) / bride .. -Complication : peritonite sur perforation / 3ème secteur • Ici il s'agit d'un Sd occlusif faisant suite à un PR • Il n'y a pas d'antécédent médico-chir : donc pas de bride possible • Rester simple : lier cet évenement au PR = IIA • Sd Olgivie = occlusion fonctionnelle : sujet agé, morphine, immobilisation..
	B -	F	0	
	C -	F	0	
	D -	F	0	
	E -	V	30	
	F -	F	0	
	G -	F	0	
	H -	F	0	
QCM 10	A -	F	3	• Les IIA chez enfant > 2 ans et de cause secondaire (PR, Meckel..) = iléo-iléale • Le diagnostic se fait à l'échographie : -Visualisation boudin invagination (image en cocarde) • Scanner pas nécessaire ici (mais en 1ère intention dans Sd occlusif en général) • Nota bene : PAS d'Abdo sans préparation dans syndrome occlusif (HAS 2009) • Le traitement des formes iléo-iléale = chirurgicale • ≠ formes iléo-caecal : lavement aux hydro-solubles
	B -	V	3	
	C -	F	3	
	D -	V	3	
	E -	F	3	
	F -	V	3	
	G -	F	3	
	H -	F	3	
	I -	V	3	
	J -	F	3	
			180	**Total QCM**

	Réponses	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QROC 1	- Purpura - Vasculaire	10 20	• Pas oublier de préciser VASCULAIRE (99,9% diront purpura, vous ferez la différence sur ce dernier item !!!!) • Les caractéristiques du purpura renseignent sur l'étiologie • Ceux-ci s'opposent un à un entre vasc. et thrombopénique
QROC 4	- Purpura - Rhumatoïde - OU - Maladie (d') Henoch-Schonlein	15 15	• Vascularite la plus fréquente de l'enfant associant : -Purpura vasculaire -Arthralgies -Douleurs abdominales
QROC 7	- Bandelette - Urinaire	15 15	• Le suivi est clinique : douleur / purpura • La BU est indispensable pour dépister une néphropathie glomérulaire (à dépot d'IgA) = complication GRAVE • L'hémature est constante dans cette complication (=dépistage)
QROC 8	- Syndrome - Occlusif	10 20	• Savoir rester simple dans la sémiologie • Absence de selle + gaz = Sd occlusif • Il s'agit le plus souvent d'une urgence chirurgicale à savoir diagnostiquer
		120	**Total QROC**



UE & ITEMS ABORDES

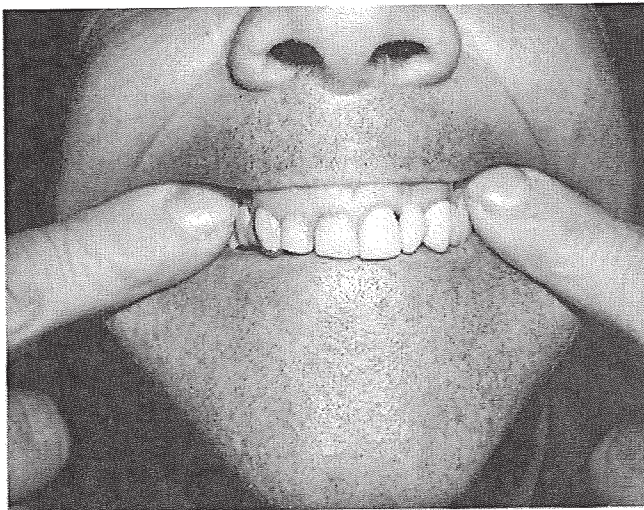
TYPE	ITEMS		INTITULES
	UE	NUMERO	
Question principale	7	189	Principales vascularites
Questions accessoires	7	211	Purpura de l'enfant et l'adulte
	8	267	Douleurs abdominales lombaire de l'enfant et l'adulte
	11	349	Syndrome occlusif

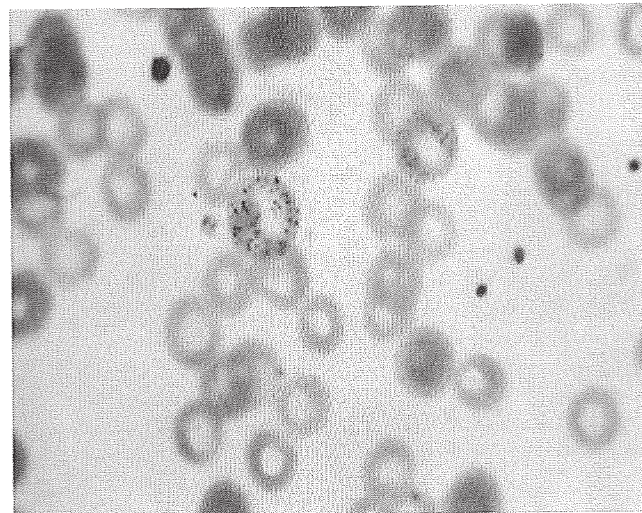
UE dossier clinique progressif N° Bonus

Petits classiques

1 Enoncé

Vous hospitalisez dans votre service un jeune SDF, il vit dans un squat : une vieille usine désaffecté. Il est hospitalisé pour un bilan de douleurs abdominales. Il s'agit de douleurs abdominales intenses, à type de crampes, non soulagées par les antalgiques même de niveau 2 et 3. Il se plaint également d'une faiblesse musculaire qui correspond en fait probablement à une neuropathie périphérique.

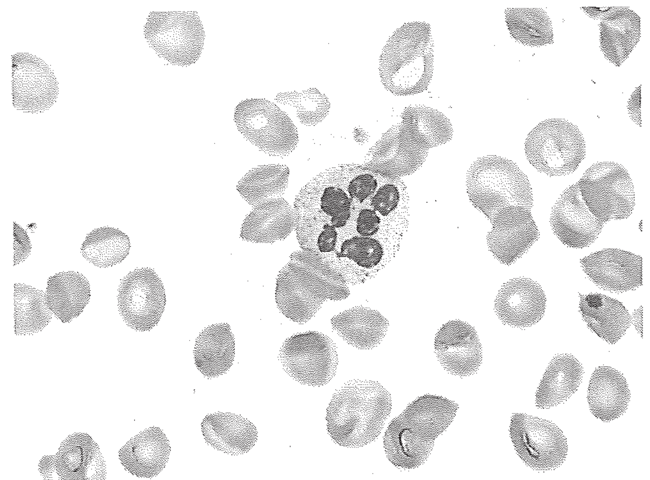




QCM 1	Voici une photo du patient ainsi que son frottis sanguin. Quel est votre diagnostic ? (Jusqu'à 1 réponse)

A - Intoxication au manganèse
B - Intoxication au cobalt
C - Intoxication au plomb
D - Intoxication au berilium
E - Intoxication à la silice
F - Intoxication à l'aspirine
G - Intoxication au méthanol
H - Intoxication au nitrites
I - Intoxication à la belladone
J - Intoxication aux benzènes

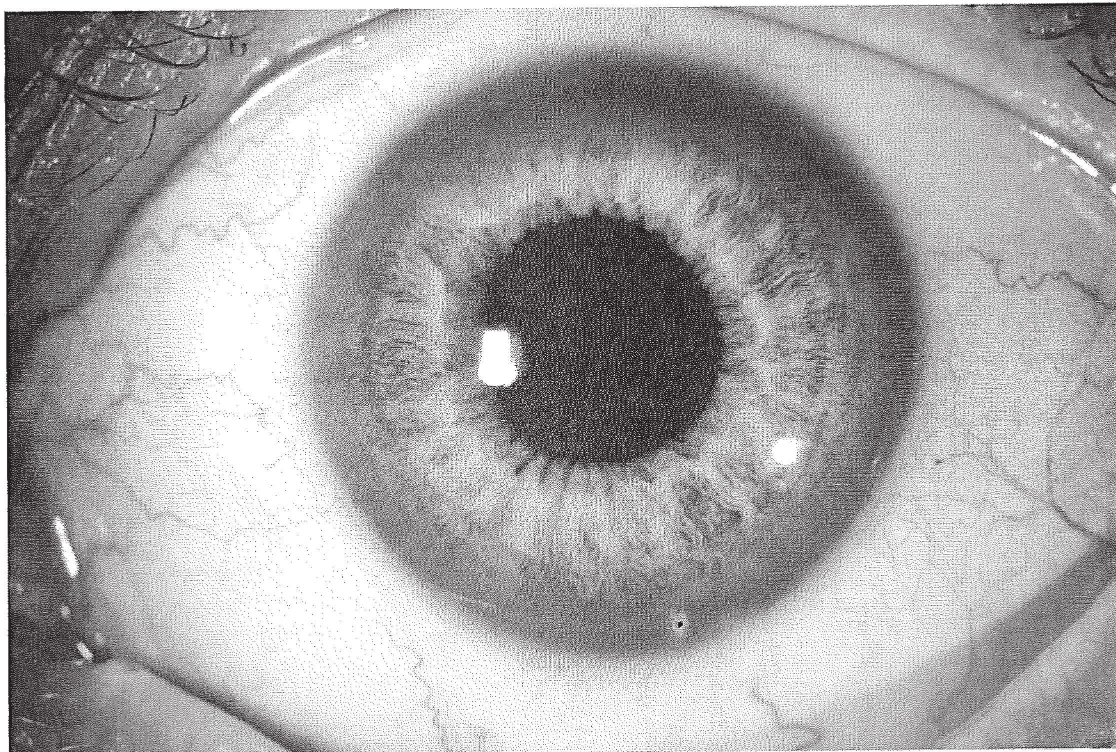




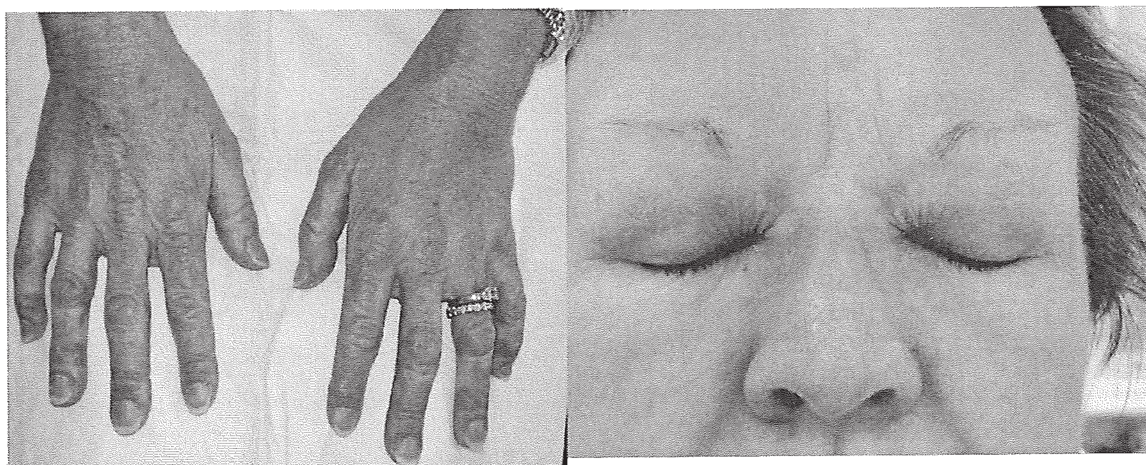
QCM 2	**Vous examinez ce patient aux urgences. Il s'agit d'une patiente de 42 ans que vous voyez entrer dans le box avec une démarche légèrement talonnante. Voici une photo du patient et son frottis sanguin. Quel est votre diagnostic ? (Jusqu'à 1 réponse)**
A -	Carence en vitamine A
B -	Carence en vitamine B1
C -	Carence en vitamine B3
D -	Carence en vitamine B6
E -	Carence en vitamine B9
F -	Carence en vitamine B12
G -	Carence en vitamine C
H -	Carence en zinc
I -	Carence en sélénium
J -	Carence en magnésium
K -	Carence en calcium
L -	Carence en fer



QROC 3	**Vous voyez en consultation un patient de 32 ans, consultant pour des lésions cutanées récidivante. Malheureusement à l'heure de la consultation (vos délais étant légèrement longs) il ne présente plus aucune lésion. Il ne décrit pas très bien ses lésions et n'a d'ailleurs plus trop la tête à ça après son séjour d'une semaine aux Antilles. Quel est votre diagnostic ? (1 mot)**



QRO C 4	Vous examinez un patient de 37 ans étiqueté de schizophrène (non traité) depuis quelques années. Il présente à l'examen neurologique une roue dentée ainsi qu'une akinésie. Il existe des signes d'insuffisance hépatocellulaire. Voici une photo de l'examen à la lampe à fente. Quel est votre diagnostic concernant la maladie générale du patient? Texte libre (1 à 3 mots)



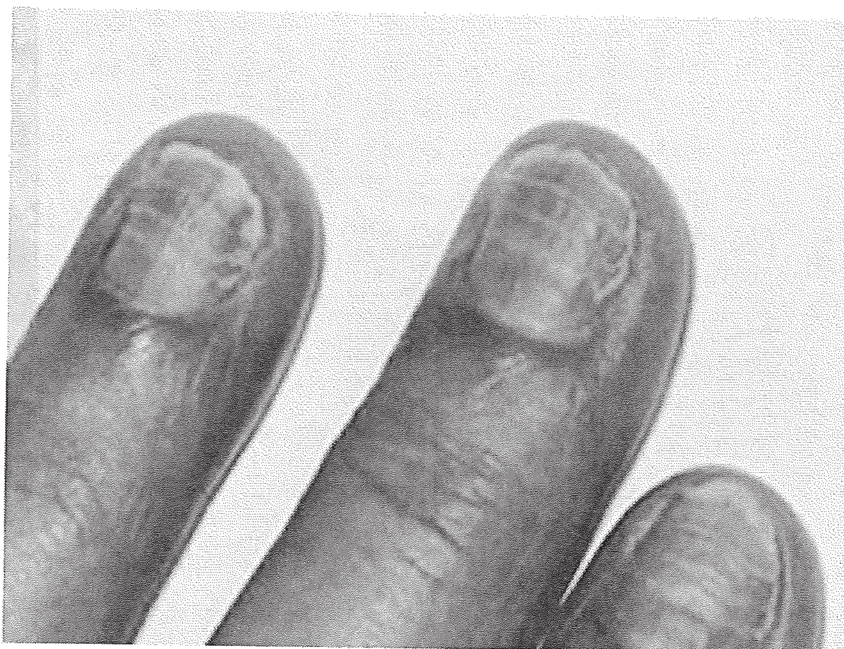
QCM 5	**Vous examinez une patiente en hospitalisée en rhumatologie. De douleurs diffuses ainsi que d'une faiblesse musculaire. Vous remarquez ces lésions cutanées. Quelles sont les réponses exactes concernant ces lésions et le diagnostic final? (Jusqu'à 3 réponses)**
A -	Faux panaris d'Osler
B -	Erythème noueux
C -	Sclérodactylie
D -	Papules de Gottron
E -	Erythème lilacé des paupières
F -	Rosacée
G -	Erythrose faciale
H -	Lupus
I -	Dermatomyosite
J -	Maladie de Still
K -	Syndrome de Kartagener
L -	Maladie de Wegener



QROC 6	**Vous découvrez ces lésion chez un patient insuffisant rénal chronique stade IV non suivi. Il existe des déformations majeures des doigts. Quel est votre diagnostic ? Texte libre (1 à 2 mots)**



QCM 7	**Vous examinez un patient se plaignant depuis quelques jours d'une douleur oculaire droite accompagnée d'une photophobie et d'une baisse d'acuité visuelle. Quelles sont les réponses exactes ? (Jusqu'à 2 réponses)**
A -	Vous avez réalisé un test au bleu d'indocyanine
B -	Vous avez réalisé un test à la fluorescéine
C -	Vous avez réalisé un test à la néosynéphrine
D -	Vous avez réalisé un test à la néostigmine
E -	Il s'agit d'une uvéite
F -	Il s'agit d'une sclérite
G -	Il s'agit d'une épisclérite
H -	Il s'agit d'une kératite



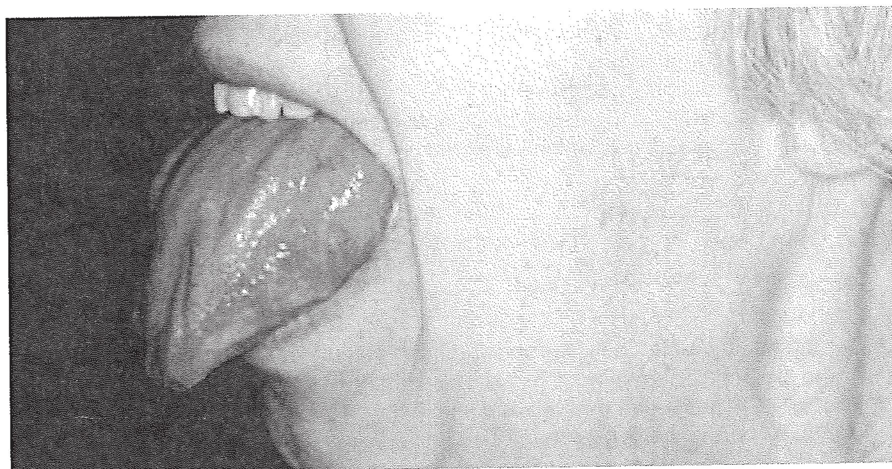
QROC 8	**Vous voyez en consultation une femme de 68 ans recevant tout les mois un cycle de chimiothérapie d'entretien pour un myelome multiple.** **Quel est votre diagnostic concernant ces lésions unguéales ?** **Texte libre (1 à 3 mots)**





QCM 9	**Vous voyez en consultation une femme de 68 ans, ancienne fumeuse (estimé à 30 PA). Elle consulte pour des arthralgies périphériques d'horaire inflammatoire accompagnée d'une altération de l'état général (perte de 5kg en 2 mois). Elle rapporte l'apparition depuis 1 mois d'une toux grasse, productive. Il existe une abolition du reflexe cubito-pronateur à droite. Il n'y a pas de fièvre. Le reste de l'examen est sans particularité. Quel diagnostic suspectez vous ? (Jusqu'à 1 réponse)**
A -	Polyarthrite rhumatoïde
B -	Pseudo-polyarthrite rhizomyélique
C -	Tuberculose
D -	Néoplasie pulmonaire
E -	Histiocytose langerhansienne
F -	Psoriasis
G -	Spondylarthrite ankylosante





QCM 10	**Vous revoyez en consultation de rhumatologie une dame de 75 ans, atteinte d'une polyarthrite rhumatoïde depuis 25 ans. Elle avait été initialement traitée par méthotrexate mais a été perdu de vue. Elle n'a pas poursuivi le traitement à cause d'une mauvaise tolérance digestive. Vous constatez ces éléments lors de l'examen physique. Il n'y a pas eu de traumatisme récent. Quelles sont les réponses exactes ? (Jusqu'à 2 réponses)**
A -	Vous suspectez un lymphome
B -	Vous suspectez un Lupus
C -	Vous suspectez un Syndrome de Gougerot-Sjogren associé
D -	Vous suspectez une Amylose AA
E -	Vous confirmez le diagnostic par une coloration à l'hematoxilyne-éosine
F -	Vous confirmez le diagnostic par une coloration au rouge Congo
G -	Vous confirmez le diagnostic par une coloration au bleu de toluidine
H -	Vous confirmez le diagnostic par une coloration Gomori-Grocott

2 Corrigé



LE + : PREMIERE LECTURE, CONSEILS ET ASTUCES

- **Appréciation globale et difficulté du dossier clinique progressif :**
  - Dossier bonus de photos en médecine
  - Difficulté : 3/3
- **Astuces, réflexes et pièges QCM / QROC :**
  - Toujours remettre les choses dans son contexte pour interpréter une image
  - RIEN n'est noté par hasard dans un énoncé : tout intégrer dans le diagnostic



GRILLE DE CORRECTION & COMMENTAIRES

		V F	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QCM 1	A -	F		• Patient avec niveau socio-économique bas • Douleur abdominales resistantes aux antalgiques (=colite) • Neuropathie périphérique • Photo 1 : liseré gingival de Burton • Photo 2 : inclusion basophiles intra-cytoplasmique des GR -Au total : probable intoxication au plomb
	B -	F		
	C -	V	30	
	D -	F		
	E -	F		
	F -	F		
	G -	F		
	H -	F		
	I -	F		
	J -	F		
QCM 2	A -	F		• Démarche talonante : déficit proprioception : atteinte des cordons postérieurs • Photo 1 : langue dépapillée = glossite de Hunter • Photo 2 : Polynucléaire avec noyaux hypersegmenté -Au total : carence en vitamine B12
	B -	F		
	C -	F		
	D -	F		
	E -	F		
	F -	F		
	G -	V	30	
	H -	F		
	I -	F		
	J -	F		
	K -	F		
	L -	F		
QCM 5	A -	F		• Photo 1 : lésion erythémato-papuleuse en regard des articulations de des mains = papules de Gottron (=pathognomonique) • Photo 2 : erythème "lilacé" des paupieres -Au total : dermatomyosite
	B -	F		
	C -	F		
	D -	V	10	
	E -	V	10	
	F -	F		
	G -	F		
	H -	F		
	I -	V	10	
	J -	F		
	K -	F		
	L -	F		

QCM 7	A -	F		• Baisse d'acuité visuelle (BAV) + douleur oculaire + oeil rouge • Elimine déja la sclérite et l'épisclérite car pas de BAV • Photo : Test à la fluorescéine montre une importante ulcération de l'oeil -Au total : kératite de l'oeil gauche
	B -	V	15	
	C -	F		
	D -	F		
	E -	F		
	F -	F		
	G -	F		
	H -	V	15	
QCM 9	A -	F		• Remettre dans son contexte : • Altération de l'état général chez une ancienne fumeuse avec une toux • Photo 1 : Ptosis + myosis droit = Sd Claude-Bernard Hoerner • Photo 2 : hippocratisme digital -Cancer pulmonaire à evoquer de PRINCIPE (reflexe avant même de voir les photos) -Hippocratisme digital + arthalgies = Sd paranéoplasique (Pierre-Marie Foix) -Sd de CBH droit : compression des voies parasympathique paravertébrales (C8-D1) droites -L'abolition du reflexe cubito-pronateur droite en rapport compression du nerfs ulnaire par la tumeur -L'hypothèse la plus probable : Cancer pulmonaire (Adénocarcinome surtout) localisé à l'apex droit (Syndrome de Pancoast-Tobias)
	B -	F		
	C -	F		
	D -	V	30	
	E -	F		
	F -	F		
	G -	F		
QCM 10	A -	F		• Pathologie inflammatoire chronique non traitée • Photo 1 : hématome en lunette bilatéral spontané • Photo 2 : macroglossie -Au total : amylose AA compliquant une PR non traitée • L'amylose peut compliquer toute pathologie provoquant une inflammation chronique : infection / fièvre méditerranéenne familiale, polyarthite rhumatoïde ... • Ne pas confondre avec amylose AL compliquant une hémopathie (penser à 'L' comme leucémie)
	B -	F		
	C -	F		
	D -	V	15	
	E -	F		
	F -	V	15	
	G -	F		
	H -	F		
			180	**Total QCM**

	Réponses	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QROC 3	• Psoriasis	30	• Dermatose chronique avec amélioration au soleil • Ongle en aspect de dé à coudre • Rechercher phénomène de Koebner : aggravation des lésion sur traumatisme cutané •
QROC 4	• Maladie de • Wilson	0 30	• Troubles psychiatrique mal étiqueté • Sd parkinsonien en l'absence de ttt par neuroleptique (!!) • Cirrhose chez un homme jeune • Il faut évoquer la maladie de Wilson • L'examen à la lampe à fente montre un anneau de Kayser-Fleisher, pathognomonique (=dépot de cuivre péri-kératique)
QROC 6	• Goutte • Tophacée ou Tophi	20 10	• Hyperuricémie = complication constante de l'insuffisance rénale chronique • Présence de déformation articulaire + nombreux tophi
QROC 8	• Lignes (de) • Beau	10 20	• Chimiothérapie = bloque les cellules en division dont les cellules de la matrice unguéale • A chaque cycle : retentissement sur l'ongle à type ligne légèrement déprimée • Tout phénomène de stress intense pour l'organisme peut les causer • Lignes de Beau permettent de "dater" ces évenements
		120	**Total QROC**

Notes personnelles

Repère

Abréviations

ABREVIATIONS	DETAILS
AEG	Altération de l'état général
AINS	Anti-inflammatoire non stéroïdien
ALAT	Alanine amino-transférase (TGP)
ASAT	Aspartate amino-transférase (TGO)
ASLO	Anticorps anti-streptolysine
AVC	Accident vasculaire cérébral
AVK	Anti-vitamine K
BCG	Bacille de Calmette et Guerin
BPCO	Broncho-pneumopathie chronique obstructive
CIVD	Coagulation intra-vasculaire disséminée
CRP	C-réactive protéine
EFR	Explorations fonctionnelles respiratoire
ENMG	Electroneuromyogramme
GEM	Glomérulonéphrite extra-membraneuse
GNRP	Glomérulonéphrite rapidement progressive
GR	Globule rouge
Hb	Hémoglobine
HLA	Human Leucocyte Antigène
IDR	Intra-dermo réaction
LDH	Lactate deshydrogénase
MALT	Mucous associated lymphoïd tissue
OAP	Oedème aigu pulmonaire
PAN	Péri-artérite noueuse
PBR	Ponction biopsie rénale
PCR	Polymérase chain réaction
PR	Polyarthrite rhumatoïde
VEMS	Volume expiratoire maximal seconde
VS	Vitesse de sédimentation